

T A B L E S   R O N D E S   M I N I S T E R I E L L E S   2 0 0 1

5 4 <sup>E M E</sup>   A S S E M B L E E   M O N D I A L E   D E   L A   S A N T E



# S A N T E   M E N T A L E

Les ministres appellent  
à l'action



Organisation mondiale de la Santé  
G e n è v e



T A B L E S   R O N D E S   M I N I S T E R I E L L E S   2 0 0 1

5 4 <sup>E M E</sup>   A S S E M B L E E   M O N D I A L E   D E   L A   S A N T E

# S A N T E   M E N T A L E

## Les ministres appellent à l'action



Organisation mondiale de la Santé

G e n è v e

Copyright © 2001 Organisation mondiale de la Santé

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits sont réservés par l'Organisation. Il peut toutefois être librement commenté, résumé, reproduit ou traduit, en partie ou en totalité, à condition de n'être ni vendu ni utilisé à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans le présent ouvrage n'engagent que les auteurs nommément désignés.

# Table des matières

---

- 5 **Préface** *par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général*  
L'OMS et les Ministres de la Santé nouent une alliance pour la santé mentale
- 9 **Introduction** *par les coordonnateurs des tables rondes*  
Santé mentale : les responsables de la santé dans le monde appellent à l'action
- 15 **Document d'information générale**
- 23 **L'état des connaissances : examen critique**
- 23 Services de santé mentale et obstacles à leur mise en place
- 41 Santé mentale et facteurs socio-économiques
- 61 Stigmatisation et violations des droits de la personne
- 81 Disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mentale
- 105 **Débats : procès verbal des interventions faites par des Ministres**
- 151 **Rapport du secrétariat**
- 157 **Allocution en plénière**  
Un nouveau départ
- 161 **Déclarations régionales : réaffirmer l'engagement en faveur de la santé mentale**
- Bureau régional pour l'Afrique
- Bureau régional pour les Amériques
- Bureau régional pour la Méditerranée orientale
- Bureau régional pour l'Europe
- Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est
- Bureau régional pour le Pacifique occidental
- 173 **Conclusion** *par le Dr Benedetto Saraceno, Directeur  
Département de la Santé mentale et des Toxicomanies*  
Réponse de l'OMS à l'appel des ministres
- 177 **Annexe**  
Liste des participants aux tables rondes

# Préface

---

L'OMS et les ministres de  
la santé nouent une alliance  
pour la santé mentale

**Dr Gro Harlem Brundtland**  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé  
Genève



Cette publication, que j'ai le grand plaisir de présenter, reflète les efforts résolus déployés par l'OMS et ses Etats Membres pour inscrire la santé mentale au cœur même des programmes de santé et de développement mondiaux. Nous travaillons à la mise en place d'un important mouvement en faveur de la santé mentale grâce auquel nous pourrions faire durablement changer l'existence des millions de personnes qui attendent des sociétés et des décideurs qu'ils consacrent autant d'attention aux problèmes mentaux qu'aux maladies physiques. Tel n'a pas été le cas jusqu'ici. Contrairement à la santé physique qui a bénéficié d'améliorations spectaculaires dans la plupart des pays au cours du siècle passé – les taux de mortalité ayant notamment accusé un recul sans précédent – la santé mentale n'a guère connu d'amélioration dans bien des endroits. On estime à pas moins de 450 millions dans le monde le nombre des personnes qui souffrent à un moment donné d'un trouble mental ou cérébral quelconque, y compris les troubles comportementaux ou liés à une toxicomanie. Ce nombre est énorme si l'on considère que la santé mentale est non seulement l'une des conditions du bien-être individuel mais qu'en outre l'amélioration du développement humain, y compris la croissance économique et la réduction de la pauvreté, en dépend. Aussi n'est-il pas surprenant que de nombreux ministres de la santé aient repris cette déclaration pendant les tables rondes : « Le développement ne peut exister sans la santé et la santé est indissociable de la santé mentale ».

Nous savons que sur quatre personnes qui s'adressent à des services de santé, une souffre de troubles mentaux ou comportementaux qui ne sont pas souvent diagnostiqués, voire soignés, correctement. Les soins de santé mentale n'ont simplement pas bénéficié à ce jour du niveau d'attention, de l'engagement ni des ressources qu'exige, du fait de son ampleur, la charge de morbidité liée aux troubles mentaux. La plupart des pays ne consacrent qu'un très petit pourcentage du budget national de la santé à la santé mentale. Ce manque d'attention est notamment responsable du « déficit de traitement » – écart entre l'immense quantité des personnes qui ont besoin de soins et la petite minorité de celles qui en bénéficient. Plus de 40 % des pays n'ont pas de politique de santé mentale et plus de 30 % n'ont pas de programme de santé mentale. Même les pays qui sont dotés d'une poli-

tique de santé mentale négligent hélas souvent certaines des populations les plus vulnérables. C'est ainsi que plus de 90 % des pays n'ont pas de politique de santé mentale couvrant les enfants et les adolescents. Dans la plupart des pays, la stigmatisation contre les personnes atteintes de maladie mentale et les violations de leurs droits fondamentaux sont monnaie courante. Peu de mesures sont prises pour tenter de mettre fin à la discrimination et aux préjugés responsables d'une importante charge occulte de maladie mentale. L'OMS et les ministres de la santé ont décidé que ce défaut d'investissement dans la santé mentale n'était plus acceptable.

D'année en année, nous avons suivi l'évolution des nouvelles connaissances et données factuelles. Le tableau de la charge de morbidité due aux troubles mentaux, désormais, est clair. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001 que nous consacrons à la santé mentale, nous donnons des chiffres récents montrant que quatre des dix principales causes d'incapacité dans le monde sont des troubles neuropsychiatriques, responsables de 30,8 % de toutes les incapacités et de 12,3 % de la charge de morbidité totale. Ce dernier chiffre devrait atteindre 15 % en 2020. L'augmentation sera particulièrement sensible dans les pays en développement, principalement en raison de la hausse prévue du nombre des personnes atteignant l'âge auquel ces troubles constituent un risque, et les problèmes et désordres sociaux, y compris le nombre croissant de personnes affectées par des conflits violents, des guerres civiles, des déplacements et des catastrophes. Si nous prenons l'exemple de la dépression, qui se situe actuellement au quatrième rang des 10 principales causes de la charge de morbidité mondiale, il est prévu que, d'ici à 2020, elle aura gagné la deuxième place. La dépression majeure est liée au suicide. La plupart des personnes qui se suicident sont aussi déprimées cliniquement. Si l'on tient compte du suicide, la charge de morbidité déjà énorme associée à la dépression s'alourdit encore considérablement.

Mais il y a aussi de bonnes nouvelles. Nous sommes aujourd'hui mieux à même d'utiliser le trésor de connaissances accumulées et les technologies qui nous permettent de prendre en charge, soigner et prévenir plus efficacement un large éventail de problèmes mentaux et neurologiques. Nous avons fait d'immenses progrès dans la mise au point de

traitements contre la plupart des troubles mentaux et de nouvelles améliorations sont probables grâce à l'avancée des connaissances sur le fonctionnement du cerveau et les facteurs psychosociaux. Avec les traitements existants, la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux, cérébraux ou comportementaux peuvent devenir des membres fonctionnels et productifs de la communauté et mener une vie normale. Nous disposons également de méthodes de prévention efficaces fondées sur une meilleure connaissance des liens entre les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux complexes des troubles mentaux. Un certain nombre de programmes de démonstration dans les pays ont donné naissance à des interventions factuelles permettant d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé mentale. Il faut veiller pour cela à ce que les services de santé mentale soient inclus dans les services de santé à tous les niveaux, des soins de santé primaires au soutien aux familles et aux autres services sociaux.

L'OMS a l'insigne responsabilité de transformer ces connaissances en réalité. C'est pourquoi j'ai fait de la santé mentale un programme prioritaire de l'OMS. Le programme a préparé la voie à l'action mondiale de santé mentale en organisant tout au long de 2001 un ensemble de manifestations spéciales destinées à mieux sensibiliser l'opinion à la nature et à la portée des problèmes mentaux et aux conditions de vie des personnes qui en souffrent (Journée mondiale de la santé), à générer chez les responsables politiques la volonté de mener une action nationale (tables rondes ministérielles lors de l'Assemblée mondiale de la Santé), et à diffuser les données factuelles et scientifiques liées à la prévention et aux soins (Rapport sur la santé dans le monde 2001 consacré à la santé mentale). Ces activités ont aidé à mobiliser l'intérêt et un engagement en faveur d'une action mondiale et nationale destinée à relever l'état de la santé mentale des populations dans le monde.

L'intérêt particulier de ce document tient au fait qu'il réunit, outre des données générales, le compte rendu et les résultats des tables rondes ministérielles sur la santé mentale qui se sont déroulées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces tables rondes feront date car elles ont été l'occasion pour les ministres de la santé de pays du monde entier de se réunir et d'examiner avec leurs pairs les principaux obstacles auxquels se heurte

leur action de prévention et de traitement des problèmes mentaux. Ils ont débattu ouvertement des progrès réalisés face aux problèmes de santé prioritaires dans leur pays et reconnu que leur action n'était pas suffisamment systématique ni généralisée. Une volonté politique d'un haut niveau s'est fait jour, parallèlement à une prise de conscience croissante de la nécessité de faire évoluer les politiques et les systèmes de santé. Certains pays ont déployé des efforts impressionnants pour étendre les services de santé mentale en instaurant des partenariats intersectoriels. Certains ont tenté, par des démarches novatrices, d'atteindre les populations vulnérables et insuffisamment desservies et de renforcer les soins communautaires. Divers facteurs freinent cependant la mise en œuvre des stratégies nationales. L'accélération des réformes économiques et des transformations sociales, y compris la transition économique, engendrent un niveau alarmant de chômage, de désagrégation familiale, d'insécurité personnelle et d'inégalité des revenus. L'instabilité politique, la violence, notamment à l'encontre des femmes, les catastrophes naturelles, les conflits armés et la crise liée au VIH/SIDA compromettent sérieusement la capacité des populations affectées à faire face. La gestion des systèmes de santé témoigne d'une faiblesse persistante. Mais surtout, la pénurie de ressources et notamment de dispensateurs de soins de santé mentale affecte gravement de nombreux pays. L'important déficit technique des pays, pour ce qui est des questions de prévalence, de diagnostic et de traitement, est aggravé par le manque de connaissances concernant les systèmes financiers, les moyens de lutter contre la stigmatisation sociale et les questions de législation, ainsi que la collaboration intersectorielle en matière de santé mentale. Les ministres ont analysé et éclairci les questions les plus sensibles dans ces domaines et ils ont énoncé les mesures stratégiques requises pour les résoudre. Ils ont également défini l'action qui incombe à la communauté internationale.

Les messages et les déclarations des ministres sont tous contenus dans les diverses sections de la présente publication. Ils renferment la promesse d'un avenir meilleur pour les millions de personnes qui souffrent de troubles mentaux et de la discrimination qui en résulte. Nous sommes désireux d'intensifier notre collaboration avec les pays, d'établir des partenariats sur des bases saines et durables qui

répondront à l'appel des ministres en faveur d'une action dans ce domaine. Nous continuerons de nous efforcer de fournir un soutien technique plus efficace aux pays qui cherchent à restructurer et réformer leur système de santé mentale, générer des politiques et améliorer la prestation des services et des traitements à tous ceux qui en ont besoin. J'estime que c'est là non seulement notre responsabilité mais aussi l'occasion de réduire les souffrances, les incapacités, la pauvreté et les décès prématurés.

Le moment est venu d'agir. J'invite donc les responsables politiques, les scientifiques, les techniciens, ceux qui sont engagés dans une action humanitaire ou dans la lutte sociale et les administrateurs de programme, qui travaillent dans le domaine de la santé, à lire cette publication et à s'inspirer des messages qu'elle contient pour améliorer la santé mentale et le bien-être de toutes les populations.



Gro Harlem Brundtland  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé

# Introduction

---

## Santé mentale : les ministres appellent à l'action

### **Coordonnateurs des tables rondes :**

#### **Meena Cabral de Mello**

Spécialiste scientifique  
Département de la Santé mentale et des Toxicomanies  
Organisation mondiale de la Santé  
Genève


#### **Thomas Bornemann**

Conseiller principal en santé mentale  
Département de la Santé mentale et des Toxicomanies  
Organisation mondiale de la Santé  
Genève

#### **Itzhak Levav**

Conseiller principal  
Ministère de la Santé  
Jérusalem  
Israël

## Données générales

 L'ampleur même des troubles mentaux et le fardeau social et économique énorme qu'ils font peser sur les familles et la communauté justifient l'urgence de l'appel en faveur d'initiatives mondiales et nationales pour la santé mentale. Ceci d'autant plus que des interventions efficaces et à un coût raisonnable existent pour le traitement et les soins de pratiquement toutes les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles peuvent être appliquées dans tous les pays. L'une des grandes difficultés pour les décideurs est de faire en sorte que les malades mentaux aient davantage accès à des soins de santé mentale de qualité qui soient ancrés dans les communautés où ils vivent.


De nombreux pays ont entrepris de réformer leur système de soins de santé mentale, abandonnant les soins institutionnels classiques, lorsqu'il ne s'agissait pas de négligence pure et simple, au profit de soins locaux, humains et non exclusifs. L'analyse de ces processus dans les pays peut apporter un enseignement précieux et des informations propres à faciliter l'élaboration des politiques et des programmes. Le moment est donc opportun de donner aux pays la possibilité d'examiner ensemble les informations existantes sur les programmes de prévention, de traitement et de soins pour faciliter l'élaboration de plans d'action efficaces face aux problèmes de santé mentale de leur population.

L'expérience des pays à différents niveaux de ressources qui ont mis au point des systèmes de soins de santé mentale, jointe aux nouvelles données issues de la recherche scientifique, montre les avantages multiples des mesures prises en faveur de la santé mentale des populations, y compris les avantages directs des services qui réduisent les symptômes associés aux troubles mentaux, font diminuer la charge globale que représentent ces maladies en abaissant la mortalité et les incapacités, et améliorent le fonctionnement, la productivité et la qualité de vie des personnes affectées.


En réduisant la charge de morbidité au niveau mondial, les interventions de santé mentale présentent des avantages considérables. Les troubles mentaux sont responsables de la perte de quelque 160 millions d'années de vie saine, dont 30 % ou plus seraient aisément évitées avec les interven-

tions existantes. Les incapacités associées à la dépression dans une communauté, par exemple, peuvent être réduites de moitié grâce à des soins appropriés.


## Débats

 Le Conseil exécutif de l'OMS, en janvier 2001, a approuvé le thème de la santé mentale pour les tables rondes de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Quatre tables rondes ministérielles se sont donc tenues simultanément le 15 mai 2001 pour examiner le vaste champ de la santé mentale, et plus spécialement les quatre aspects suivants : Services de santé mentale et obstacles à leur mise en œuvre ; Santé mentale et facteurs socio-économiques ; Stigmatisation et violations des droits de la personne ; Santé mentale et disparités entre les hommes et les femmes.

## But et objectifs

 Les tables rondes ont offert aux ministres de la santé une tribune où ils ont pu examiner ensemble les principales difficultés que leur posent les problèmes de santé mentale dans leur pays et entamer un dialogue qui leur a permis d'échanger des informations, de décrire leurs démarches respectives, et d'étudier les moyens d'améliorer la situation. Les objectifs étaient les suivants : mieux sensibiliser l'opinion à la nécessité de s'attaquer d'urgence au problème de la charge de morbidité mentale ; inscrire résolument la santé mentale dans les programmes nationaux et internationaux de santé et de développement ; et obtenir de la part des responsables politiques de tous les pays l'engagement d'accroître le soutien aux politiques de santé mentale, et à la législation, aux programmes et aux services dans ce domaine.

## Participants

 Plus de 30 ministres de la santé ont participé à chaque table ronde. (Dans quelques cas, des membres de haut niveau des délégations ont été désignés pour représenter les ministres). Un bon équilibre entre les pays à revenu faible, moyen ou élevé, dotés de systèmes politiques et de santé

différents et ayant des priorités et des niveaux de ressources divers a été réalisé dans chaque groupe. Quatre ministres, élus par l'Assemblée mondiale de la Santé, ont présidé les tables rondes : M. Phillip Goddard, Barbade ; M. Lyonpo Sangay Ngedup, Bhoutan ; Mme Annette King, Nouvelle-Zélande ; et M. le Professeur Eyad Chatty, République arabe syrienne. (Voir en annexe la liste complète des participants aux tables rondes).

## Modérateurs



Huit experts extérieurs possédant une expérience nationale et internationale étendue de la santé mentale ont aidé les présidents à animer les discussions. Originaires de différentes régions du monde, ils ont fait bénéficier les tables rondes d'un large éventail de compétences scientifiques et cliniques et de leur connaissance des politiques et des programmes. Ils ont également présenté des documents faisant le point des connaissances sur les quatre sujets examinés. Les modérateurs étaient les personnes suivantes :

### ■ Dr Jill Astbury

Professeur associé et Directrice des programmes d'enseignement supérieur, Key Centre for Women's Health in Society, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la santé des femmes, Université de Melbourne.

### ■ Dr Lourdes L. Ignacio

Présidente, Département de psychiatrie et Professeur de psychiatrie responsable du programme de psychiatrie sociale et communautaire, Université des Philippines, Manille.

### ■ Dr Sylvia Kaaya

Chef, Département de psychiatrie, College of Health Sciences, Muhimbili University, Dar-es-Salam, Tanzanie.

### ■ Dr Arthur Kleinman

Professeur d'anthropologie sociale, Département d'anthropologie, Harvard University ; et Maude et Lillian Presley, Professeur d'anthropologie médicale et Professeur de psychiatrie, Ecole de Médecine de Harvard, Cambridge, Etat-Unis d'Amérique.

### ■ Dr Julian Paul Leff

Professeur de psychiatrie sociale et d'ethnopsychiatrie et Chef de la section de psychiatrie sociale, Institut de psychiatrie, Université de Londres, Royaume-Uni.

### ■ Dr Juan José López-Ibor

Président, Association mondiale de psychiatrie et Directeur, Centre OMS de recherche et de formation pour l'Espagne, Madrid, Espagne.

### ■ Ms Ana Paula de Almeida G.C. Ferrao Mogne

Coordonnatrice du Programme national de santé mentale, Mozambique.

### ■ Dr Vikram Patel

Chargé de cours principal, Département, Maladies infectieuses et tropicales et Département, Epidémiologie et santé des populations, Londres School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume Uni. Le Dr Patel est également Directeur de la Sangath Society, Goa, Inde.

## Documentation



Deux jeux de documents de travail avaient été préparés pour les tables rondes. Le premier était le document de travail officiel, reproduit à la *Section 3* du présent document. Il donne un aperçu général de l'état de la santé mentale dans le monde et examine brièvement les quatre sujets de discussion. Ce document souligne la pénurie de services communautaires de santé mentale, les préjugés répandus contre les personnes atteintes de troubles mentaux et les conséquences de la pauvreté et les inégalités entre les hommes et les femmes sur la santé mentale. Tous ces facteurs affectent la santé mentale mais le rôle du secteur de la santé face à ces problèmes n'est pas toujours défini assez précisément. Chaque section du document est suivie d'une liste de points à débattre destinés à stimuler la réflexion, la sensibilisation et le dialogue concernant les questions qui se posent et les mesures requises pour tenter d'y apporter des solutions.

D'autres documents, sous forme de comptes rendus, ont été distribués sur place. Ils présentent plus en détail les données scientifiques et les recherches

les plus récentes en rapport avec les quatre sujets examinés, des exemples de politiques, programmes et services modèles de différents pays, ainsi que des illustrations et des témoignages d'usagers et de dispensateurs de soins. Ceux-ci reflètent non seulement l'état actuel des connaissances sur les problèmes qui se posent, mais donnent aussi des conseils pertinents pour les politiques et les programmes, et sur les recherches futures. Les quatre documents figurent à la *Section 4 : L'état des connaissances*.

## Processus



Les orateurs invités par le Directeur général à la séance plénière d'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé pour mobiliser l'attention sur la santé mentale en 2001 étaient Mme Noreine Kaleeba (veuve du SIDA), conseiller auprès de l'ONUSIDA en mobilisation de la communauté et fondatrice de l'organisation The AIDS Support Organization of Uganda, et Mme Diane Froggart, dont le fils est atteint de schizophrénie et Directeur exécutif, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders. Les deux ont souligné des facteurs cruciaux en santé mentale, à savoir, le besoin de surmonter les craintes, de combattre le silence et la stigmatisation, de sensibiliser davantage la communauté et d'encourager sa participation, d'alléger le fardeau que font peser les soins sur les familles et d'établir un partenariat entre familles et professionnels. Leurs témoignages ont rappelé avec force la dimension humaine de la maladie mentale et son impact socio-économique énorme sur les familles et les communautés.

Après l'ouverture des débats par le président, l'un des deux modérateurs de chaque table ronde a présenté un exposé sur les sujets suivants :

- épidémiologie, charge de morbidité et impact socio-économique des troubles mentaux et tendances futures ;
- interdépendance des déterminants biologiques et psychosociaux des troubles mentaux ;
- effets de déterminants sociaux tels que la pauvreté, l'exclusion sociale et les violations des droits de la personne, la discrimination fondée sur le sexe, l'apparition, l'évolution et les conséquences des troubles mentaux ;

- disponibilité de traitements économiquement efficaces et ampleur du déficit de traitement, et ;
- obstacles à l'élaboration de politiques et de programmes de santé mentale, d'une collaboration intersectorielle et de services de santé mentale communautaires.

Les ministres ont été invités à examiner ces points sous l'angle des questions suivantes :

- Comment accroître la sensibilisation, l'engagement et les ressources pour faire face à la charge de morbidité liée aux troubles mentaux ?
- Quel est le niveau de responsabilité du secteur public dans l'action menée pour tenter de faire face aux problèmes de santé mentale (prévention et soins) et pour maintenir le niveau de soins le plus élevé possible compte tenu des autres priorités de la santé et de la limitation des ressources ?
- Quels sont les principaux problèmes de santé mentale dans les pays et quelles stratégies et quelles démarches sont actuellement utilisées pour y faire face ? Quels sont les principaux obstacles techniques et généraux à surmonter pour améliorer les programmes de santé mentale et la prestation des services ?

Au milieu de chaque séance, un deuxième expert a fait un exposé pour recentrer la discussion sur les sujets choisis. Les points à débattre mis en relief dans le document de travail officiel (voir la *Section 3*) ont servi à orienter le débat.

Les ministres de la santé, en décrivant ouvertement et franchement leurs expériences et leurs points de vue respectifs, ont pu se faire une idée plus claire de l'état de la santé mentale dans le monde, du contexte social dans lequel surviennent les problèmes de santé mentale, des priorités de la santé mentale dans chaque région, de ce qui peut être fait et de la meilleure façon de réussir. Ils ont examiné les stratégies et les démarches mises en œuvre avec succès dans certains projets de pays, ainsi que les raisons empêchant de les étendre à l'ensemble du pays. Les ministres ont évoqué les difficultés liées aux politiques et les problèmes d'ordre technique et gestionnaire que pose dans leur pays la prestation de soins équitables et humains à tous ceux qui en ont besoin, spécialement les groupes les plus vulnérables. Ils ont spontanément demandé à la communauté internationale et à l'OMS d'intensifier leur soutien dans certains domaines critiques.

## Rapports



A la clôture des tables rondes, les rapports du Secrétariat des quatre groupes ont été rassemblés en un même rapport qui figure à la *Section 6*.

M. Phillip Goddard, Ministre de la Santé de la Barbade, a présenté au nom de tous les participants, les conclusions intégrées des quatre tables rondes dans une allocution à la dernière séance plénière de l'Assemblée, le 18 mai 2001. Le texte de cette allocution, qui a été adopté par l'Assemblée, est reproduit intégralement à la *Section 7*.

Enfin, la conclusion de la présente publication (*Section 9*) est une déclaration du Dr Benedetto Saraceno, Directeur du Département de la Santé mentale et des Toxicomanies des l'OMS, qui décrit dans ses grandes lignes la nouvelle orientation stratégique du Programme qui vise à mieux répondre à l'appel des ministres pour un appui technique intense.

Ainsi que l'a déclaré le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, « C'est un message optimiste que nous pouvons transmettre au monde. Des traitements efficaces existent. La prévention et la détection précoce peuvent réduire considérablement la charge de morbidité et par conséquent les souffrances sociales et humaines. »

## Résultats



Les tables rondes ministérielles ont eu pour effet de renforcer la coopération mondiale et le dialogue concernant les questions de santé mentale. Trois aspects principaux appellent un suivi. Le premier est le consensus relatif à l'importance primordiale de la santé mentale pour la santé et le développement des sociétés. C'est là un point de départ utile pour l'établissement des priorités dans le domaine de la santé mentale aux niveaux international, régional et national. Le deuxième concerne l'engagement pris par les gouvernements d'intensifier l'action visant à trouver des solutions factuelles pour l'élaboration des politiques de santé mentale, l'adoption d'une législation appropriée, l'accès au traitement et aux soins et la promotion et la prévention. Le troisième a trait aux domaines stratégiques recensés par les ministres pour renforcer le soutien technique entre la communauté internationale et les pays.

L'Organisation mondiale de la Santé – Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays – s'appuie sur ces aspects pour améliorer son soutien aux pays désireux de dispenser aux personnes atteintes de troubles mentaux des soins équitables et humains. Compte tenu des préoccupations des ministres, les Directeurs régionaux de l'OMS et les Conseillers régionaux pour la santé mentale ont publié des déclarations par lesquelles ils s'engagent à apporter un appui aux pays pour les aider face à leurs priorités dans le domaine de la santé mentale. Ces déclarations figurent à la *Section 8*.

# Document d'information générale

---

**Santé mentale**



La marginalisation ancestrale de la santé mentale par rapport aux services de santé et de prévoyance sociale traditionnels dans de nombreux pays a contribué à la stigmatisation et à la discrimination endémiques dont les malades mentaux font l'objet. Cela a aussi été la raison du faible rang de priorité de la santé mentale dans la plupart des programmes de santé publique et des conséquences qui s'ensuivent pour le budget, la planification des politiques et le développement des services. L'évaluation de la charge mondiale de morbidité sur la base du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues montre que les troubles mentaux et neurologiques figurent parmi les facteurs les plus importants ; en 1999, par exemple, ils représentaient 11 % des AVCI perdues, toutes les maladies et tous les traumatismes confondus. De tous les troubles mentaux et neurologiques, la dépression représente la majeure partie de la charge de morbidité. Presque partout, la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Quatre autres troubles mentaux figurent parmi les 10 principales causes d'incapacité dans le monde, à savoir l'alcoolisme, le trouble affectif bipolaire, la schizophrénie et le trouble obsessionnel-compulsif.

Le nombre des personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques ira en augmentant – la charge de morbidité due à ces troubles devant atteindre 15 % des AVCI perdues d'ici à 2020. La hausse sera particulièrement sensible dans les pays en développement, principalement en raison de l'accroissement prévu du nombre des personnes atteignant l'âge correspondant au risque d'apparition de ces troubles. Parmi les groupes les plus susceptibles de présenter des troubles mentaux figurent les personnes atteintes de maladies physiques graves ou chroniques, les enfants et les adolescents dont l'éducation a été perturbée, les personnes vivant dans la pauvreté ou dans des conditions difficiles, les chômeurs, les femmes et les fillettes ayant été victimes d'actes de violence ou de sévices et les personnes âgées privées de soins.

L'impact économique des troubles mentaux est vaste, durable et important. Entre autres causes mesurables du fardeau économique figurent les besoins en services sanitaires et sociaux, l'impact sur les familles et les dispensateurs de soins (coûts indirects), la perte d'emploi et la perte de productivité, la criminalité et la sécurité publique et

les décès prématurés. Les études provenant de pays économiquement avancés ont montré que les troubles mentaux absorbent plus de 20 % de toutes les dépenses des services de santé. Le coût total annuel des troubles mentaux en 1990 aux États-Unis d'Amérique a été évalué à US \$148 milliards. On ne dispose pas encore d'estimations pour d'autres régions du monde mais, même dans les pays où les coûts directs associés au traitement sont faibles, les coûts indirects dus à la « perte de productivité » représentent vraisemblablement une partie importante des dépenses globales. Les augmentations futures de la prévalence des problèmes mentaux constitueront de sérieux handicaps sociaux et économiques pour le développement mondial si des mesures importantes ne sont pas prises maintenant.

Le budget de la santé mentale, dans la plupart des pays, représente actuellement moins de 1 % des dépenses de santé totales (secteur public). Il arrive en outre fréquemment que les problèmes de santé mentale ne soient pas couverts par les régimes d'assurance-maladie au même niveau que les autres maladies, ce qui fait peser sur les malades et leur famille un fardeau économique important, souvent écrasant, allant de la perte de revenu au bouleversement de la vie des ménages, à la limitation des activités sociales et à des occasions manquées. Des données recueillies récemment montrent que plus de 40 % des États Membres n'ont pas de politique claire en matière de santé mentale et que plus de 30 % n'ont pas de programme national de santé mentale. Bien que près de 140 des 191 États Membres aient une liste actualisée de médicaments essentiels, médicaments psychotropes compris, un tiers de la population mondiale n'a pas accès à ceux-ci. Dans les zones rurales des pays en développement, les psychotropes sont rarement disponibles de façon régulière et en quantité suffisante.

Des recherches ont montré que les dispensateurs de soins de santé généraux peuvent prendre en charge de nombreux problèmes mentaux et neurologiques tant pour ce qui est de la prévention que du diagnostic et du traitement. Pourtant, moins de la moitié des malades dont l'état correspond aux critères de diagnostic des troubles mentaux et neurologiques sont reconnus par les médecins. De leur côté, les malades hésitent aussi à solliciter l'aide de professionnels. Dans le monde, moins de

40 % des personnes présentant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles associés à une toxicomanie sollicitent de l'aide dans l'année suivant leur apparition. La stigmatisation complique l'accès pour ceux qui ont besoin d'aide, d'un traitement et de soins ; elle est responsable de l'occultation d'une énorme quantité de problèmes mentaux.

Dans la plupart des cas, une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux favorise l'apparition de problèmes mentaux et neurologiques. Des liens solides ont été établis entre les problèmes de santé mentale ayant une base biologique tels que la dépression et les situations sociales défavorables comme le chômage, le manque d'instruction, la discrimination fondée sur le sexe, les violations des droits de la personne et la pauvreté.

Les avancées récentes dans les domaines des neurosciences, de la génétique, du traitement psychosocial, de la pharmacothérapie et des disciplines socioculturelles ont conduit à la mise au point d'interventions efficaces contre un large éventail de problèmes de santé mentale, permettant à des personnes présentant des troubles mentaux et comportementaux et à leur famille de mener une vie remplie et productive. Des essais cliniques ont démontré l'efficacité des traitements pharmacologiques contre les principaux troubles mentaux, neurologiques ou liés à une toxicomanie : neuroleptiques pour la schizophrénie, psychorégulateurs pour les troubles affectifs bipolaires, antidépresseurs pour la dépression, anxiolytiques pour les troubles anxieux, opioïdes de substitution pour les toxicomanies et anti-convulsivants pour l'épilepsie. Certaines interventions psychologiques et sociales, y compris des interventions familiales, la thérapie cognitivo-comportementale, l'apprentissage de la sociabilité et la formation professionnelle, se sont avérées efficaces contre des maladies mentales graves. La réadaptation de la plupart des malades mentaux est possible. Des données factuelles attestent l'efficacité des stratégies de prévention primaire, spécialement pour le retard mental, l'épilepsie, la démence d'origine vasculaire et certains troubles comportementaux. Des modèles de prestation de services dans des dispensaires de soins primaires mis en œuvre dans le monde sont en cours d'évaluation. La formation des membres de la famille,

des agents communautaires et des consommateurs/usagers pourrait largement contribuer à étendre la capacité des services. Il convient de mentionner en particulier la possibilité d'affecter dans les écoles des agents de santé mentale ayant les connaissances de base requises pour reconnaître et traiter les enfants atteints de troubles affectifs ou du développement psychologique. La possibilité d'enseigner aux mères à dispenser des soins psychosociaux aux nourrissons a été démontrée avec succès dans de nombreux programmes dans le monde. Dans les pays en développement, il est essentiel de répondre aux besoins des enfants et des adolescents les plus exposés aux conséquences psychiatriques de la pauvreté, de la famine et de la perte des parents.

Il existe un large fossé entre les interventions de santé mentale efficaces disponibles et leur mise en œuvre généralisée. Même dans les pays à économie de marché dotés de systèmes de santé développés, moins de la moitié des personnes souffrant de dépression sont soignées. Dans les autres pays, les taux de traitement de la dépression ne dépassent guère 5 %. Dans les zones touchées par une catastrophe ou en proie à une guerre, la situation est pire encore. Dans les pays à faible revenu, la plupart des malades présentant des problèmes mentaux ou neurologiques graves tels que la schizophrénie et l'épilepsie sont privés de traitement, même lorsqu'il existe des traitements peu coûteux (un an d'anticonvulsivants contre l'épilepsie peut revenir à US \$5 par malade).

Pour pallier la charge de morbidité due aux troubles mentaux et neurologiques dans les pays et réduire les vulnérabilités psychosociales des personnes, il est important de prêter attention d'urgence aux déterminants modifiables du développement, de l'apparition, de la progression et de l'issue des problèmes mentaux. Les domaines critiques sont notamment les suivants : l'organisation des services de santé mentale, qui influe sur l'accès, l'efficacité et la qualité de la prévention, du traitement et des soins ; la stigmatisation et la discrimination, qui nuisent à l'accès aux soins, à la qualité des soins, au rétablissement des malades et à l'égalité de la participation à la vie de la société ; les facteurs socio-économiques, qui sont à l'évidence associés à la fréquence et à l'issue des problèmes mentaux ; et les rôles dévolus aux deux sexes par la société, qui déterminent le pouvoir et

le contrôle différents exercés par les hommes et les femmes sur les déterminants de leur santé mentale, et leur sensibilité et leur exposition à certains risques pour la santé mentale.

## Service de santé mentale et obstacles à leur mise en œuvre

*« J'étais pensionnaire ou, plus exactement, internée dans un hôpital psychiatrique. Mon mari et mes enfants avaient pris leurs distances. Je ne voyais personne. Seuls les agents de santé mentale avaient la clef de ma porte. J'avais abandonné mes espoirs de l'autre côté de la porte verrouillée. Ce fut une expérience effrayante. Il régnait une atmosphère irréelle. »*

Une malade, Etats-Unis d'Amérique.



Certains pays ont réduit la charge de morbidité associée aux problèmes mentaux au moyen de stratégies de réforme nationales qui ont remplacé, dans le budget de la santé mentale, les asiles d'un autre âge par des services communautaires et privilégié l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Des services communautaires peu coûteux, répondant aux besoins des personnes et des communautés, peuvent désormais être dispensés de nombreuses manières différentes et les principes de la réussite de ces services ont été définis. De même, l'expérience des pays a permis de définir les conditions du succès de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires : stratégies visant à assurer la présence de spécialistes et de personnels des soins de santé primaires qualifiés en nombre suffisant, approvisionnement régulier en médicaments psychotropes essentiels, maillages établis avec des services de soins spécialisés, critères applicables au transfert des malades, systèmes d'information et de communication et liens appropriés avec d'autres services communautaires et sociaux. Plusieurs modèles d'activités menées par des organisations non gouvernementales dans un large éventail de domaines, de la prestation de services et de la formation à la sensibilisation des responsables politiques ont été couronnés de succès. La participation du secteur non gouvernemental, source irremplaçable de soutien pour les programmes de santé mentale, doit encore être étendue dans une grande partie du monde.

La mise en place de systèmes de santé mentale efficaces se heurte à de nombreuses difficultés. L'un

des problèmes courants concerne le transfert des soins des hôpitaux psychiatriques à la communauté ; parmi les nombreux obstacles figurent les considérations politiques, la stigmatisation et l'absence de services communautaires.

L'organisation et le financement des services de santé mentale posent aussi des problèmes pour la plupart des pays. Le fonctionnement de la société étant sérieusement perturbé par les maladies mentales, il est important que les secteurs public et privé coopèrent dans des domaines tels que l'éducation, le logement, l'emploi, la justice pénale, les médias, la prévoyance sociale et les questions féminines.

L'obtention de médicaments psychotropes d'un prix abordable en quantité suffisante est l'une des préoccupations majeures de nombreux systèmes de santé mentale. De même, la plupart des pays du monde connaissent une grave pénurie de professionnels qualifiés. Ils manquent de services pour les personnes ayant des besoins spéciaux, comme les enfants, les réfugiés et les personnes âgées, et les personnes présentant des troubles associés à une toxicomanie, en particulier dans les zones rurales. Les services à la disposition des minorités linguistiques et culturelles et des populations autochtones sont souvent inadéquats et inadaptés dans de nombreuses sociétés.

La plupart des personnes qui ont besoin de services, et à qui ils seraient d'un grand profit, en sont privées. Même dans les pays industrialisés, où les services de santé disposent d'importantes ressources, moins de la moitié des personnes qui ont besoin d'un traitement et de soins en bénéficient. Malgré toutes les connaissances disponibles sur la façon de résoudre les problèmes nombreux et variés, la tâche la plus ardue est l'élimination des obstacles. Les gains potentiels pour la société sont considérables.

### Points à débattre

- Quels sont, entre autres, les principaux obstacles à la fourniture de services communautaires de santé mentale dans votre pays et quels sont les efforts déployés pour les surmonter ?
- Quels sont les obstacles à la fourniture de services et de médicaments psychotropes dans les zones rurales et quelles sont les mesures prises pour les surmonter ?

- Par quels mécanismes les gouvernements peuvent-ils assurer un approvisionnement satisfaisant en médicaments psychotropes ?
- Comment des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires, associations religieuses et tradipraticiens compris, peuvent-elles participer à un programme national de santé mentale ?

## Stigmatisation et violations des droits de la personne

*« Vu le nombre des familles touchées par la maladie mentale dans chaque société, il est surprenant que les populations n'aient pas exigé des mesures supplémentaires. La honte et la crainte ont érigé des murs de silence. »  
Un soignant, Belize.*



La stigmatisation et les violations des droits de la personne constituent une charge importante, bien que dissimulée, de morbidité mentale. Dans le monde, de nombreux malades mentaux sont encore soumis à des traitements inhumains d'un autre âge dans de grands hôpitaux ou asiles psychiatriques, souvent délabrés. En perpétuant la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des malades mentaux, ces traitements inadaptés ont entraîné toute une gamme de violations des droits de l'être humain. La maladie mentale a souvent été considérée comme incurable et les malades mentaux sont dits violents et dangereux. Les personnes dépendantes à l'égard de l'alcool et d'autres drogues sont considérées comme moralement et psychologiquement faibles. Les médias perpétuent ces représentations négatives. La stigmatisation a souvent pour conséquence le rejet de la personne atteinte d'une maladie mentale par ses amis, ses parents, ses voisins et ses employeurs, aggravant son sentiment d'exclusion, de solitude et de démoralisation.

La stigmatisation débouche aussi sur la discrimination ; c'est ainsi qu'il devient socialement acceptable de priver de ses droits légaux une personne rejetée par la société. Les compagnies d'assurance distinguent entre troubles mentaux et troubles physiques, et elles ne couvrent pas de façon satisfaisante les soins aux malades mentaux. Les politiques de l'emploi et du logement sont moins favorables aux personnes ayant des antécédents de troubles mentaux qu'aux personnes souffrant d'incapacités physiques.

Des enquêtes ont montré que les attitudes sociales négatives vis-à-vis des malades mentaux font obstacle à la réintégration et à l'acceptabilité et qu'elles affectent les relations sociales et familiales, l'emploi, le logement, l'insertion dans la communauté et l'estime de soi. Elles font aussi obstacle à l'égalité des opportunités en matière de traitement, réduisent la qualité des traitements possibles et limitent l'accessibilité aux meilleures pratiques thérapeutiques et aux traitements de substitution. Les attitudes négatives à l'égard des malades mentaux et les stéréotypes dévalorisants peuvent malheureusement être partagés par les personnels médicaux et hospitaliers ; les malades se plaignent souvent de se sentir considérés avec mépris, surtout par les médecins et les infirmières.

Les mythes et les stéréotypes négatifs concernant la santé mentale, bien que solidement ancrés dans la communauté, peuvent être dépassés – à mesure que les communautés reconnaissent l'importance des soins de qualité, tant pour la santé mentale que pour la santé physique ; que la sensibilisation appelle davantage l'attention sur les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille ; que des traitements efficaces deviennent disponibles au niveau communautaire ; et que la société reconnaît la prévalence et le poids des troubles mentaux.

Il est également essentiel d'adopter des réformes législatives qui protègent les droits civils, politiques, sociaux, économiques et culturels et autres droits humains des malades mentaux. Cette seule mesure, cependant, ne portera pas les fruits attendus par les législateurs sans un effort concerté pour mettre fin à la stigmatisation comme l'un des principaux obstacles à la réussite du traitement et de la réintégration sociale des malades mentaux dans les communautés. Le public doit participer à un dialogue sur la véritable nature des maladies mentales, leurs effets individuels, familiaux et sociaux dévastateurs, et la perspective de traitements et de moyens de réadaptation meilleurs. En même temps, les attitudes méprisantes doivent être combattues directement par des campagnes et des programmes axés sur les professionnels et le grand public. Les campagnes d'information du public faisant appel aux médias de masse sous leurs diverses formes, l'association de la communauté à la conception et à la surveillance des services de santé mentale, le soutien aux organisations non gouvernementales et aux organismes d'entraî-

de et aux associations familiales et d'usagers, et l'éducation du personnel des systèmes sanitaires et judiciaires et des employeurs sont autant de stratégies fondamentales pour commencer à éliminer la marque indélébile, le discrédit dû à la maladie mentale.

### Points à débattre

- Quelles mesures votre pays a-t-il mis (ou prévoit-il de mettre) en place pour combattre la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des malades mentaux et de leur famille?
- Quel est le niveau de responsabilité et le rôle du secteur de la santé publique dans l'élimination de cette stigmatisation et de cette discrimination?
- Comment les autres secteurs peuvent-ils contribuer à mettre fin au déni, par la discrimination, de l'accès équitable des malades mentaux aux services et à la considération d'autrui?
- La législation relative à la santé mentale exigeant un équilibre entre le droit à la liberté individuelle, le droit au traitement et les attentes légitimes au plan de la sécurité communautaire, quels sont les problèmes essentiels que posent la formulation, la mise en œuvre et l'application d'une législation équilibrée?

### Facteurs socio-économiques

*« La pauvreté est douloureuse ; elle est ressentie comme une maladie. Elle n'attaque pas une personne seulement matériellement, mais aussi moralement. Elle grignote sa dignité et la conduit au désespoir total. »*

Une femme, République de Moldova.



Les facteurs socio-économiques, en particulier la pauvreté, exercent une influence puissante et complexe sur la santé mentale. Ils sont étroitement liés à une augmentation de la prévalence de troubles graves tels que la schizophrénie, la dépression sévère, les personnalités asociales et les toxicomanies. La plupart de ces troubles sont environ deux fois plus courants dans les couches les plus pauvres de la société. La malnutrition, les maladies infectieuses et l'absence d'accès à l'éducation peuvent aussi être des facteurs de risque de troubles mentaux et aggraver les problèmes mentaux existants. Ces observations sont unificables dans les pays, quel que soit le niveau de revenu, et elles illustrent le concept plus large de

la pauvreté, qui inclut non seulement la privation économique, mais aussi l'absence qui s'ensuit de possibilités d'accès à l'information et aux services.

Le lien entre la pauvreté et les taux élevés de prévalence des troubles psychiatriques peut s'expliquer de deux manières, qui ne s'excluent pas mutuellement et qui semblent être valables pour des troubles différents. Premièrement, les pauvres dans la plupart des sociétés, même les plus nantis, sont exposés à des niveaux supérieurs (qualité et quantité) d'adversité environnementale et psychologique, entraînant des niveaux supérieurs de stress et de détresse psychologique. Ils ont beaucoup de difficultés à accéder à l'information et aux services de santé mentale. Dans la plupart des pays en développement, ces services sont si limités qu'ils demeurent hors de portée des pauvres : les populations analphabètes sont souvent privées d'information ; les transports sont difficiles et coûteux ; et la réactivité des services de santé est faible. Non seulement ces facteurs contribuent à la chronicité et à l'augmentation des incapacités, mais ils peuvent également déclencher des formes non psychotiques de maladies mentales, spécialement la dépression et les troubles anxieux. Des sommes considérables de données factuelles désignent les origines sociales de la détresse psychologique et de la dépression chez les femmes, troubles qui les affectent tout particulièrement.

La deuxième explication du lien entre la pauvreté et les taux élevés de prévalence des troubles psychiatriques a trait à la « dérive », les personnes atteintes d'une maladie mentale courant beaucoup plus le risque de se trouver sans domicile fixe, au chômage ou en situation d'isolement social. Tandis que la famille demeure le principal dispensateur de soins dans la plupart des pays du monde, l'astreinte que représente la fourniture de soins peut faire qu'une personne atteinte d'une maladie mentale grave soit finalement rejetée par sa famille. Cette marginalisation accroît le risque de pauvreté. Dans tous les cas, les facteurs socio-économiques et la santé mentale sont inextricablement liés. L'inégalité face au traitement est importante pour ce qui est de la plupart des troubles mentaux, mais, pour les couches défavorisées de la population de tous les pays, la situation semble désespérée.

Les incapacités mentales font peser un important fardeau sur la société en termes de perte de productivité et de dépenses de soutien supplémentaires, sans compter le coût élevé de la perte de l'apport potentiel à la société des personnes ou des familles qui s'occupent des malades mentaux. Ces coûts cumulés obèrent de façon importante les économies des pays pauvres. Les politiques nationales visant à réduire la pauvreté s'emploient à stabiliser et à améliorer les revenus, à renforcer l'éducation et à répondre aux besoins fondamentaux de l'être humain tels que le logement et l'emploi. La santé d'un pays apparaissant de plus en plus comme un élément déterminant de son développement, la santé mentale, en tant qu'aspect essentiel de la santé publique, doit être reconnue comme une priorité pour le développement social dans son ensemble.

### Points à débattre

- Quelles informations sur l'ampleur et la charge de la morbidité liée aux troubles mentaux et neurologiques chez les pauvres sont disponibles dans votre pays? La collecte d'autres informations est-elle prévue?
- La santé, en particulier la santé mentale, fait-elle partie des stratégies et des programmes de réduction de la pauvreté dans votre pays?
- Les personnes et les familles touchées par des troubles mentaux et neurologiques bénéficient-elles d'un soutien social ou de prestations au titre de systèmes visant à atténuer la pauvreté ou de mesures de prévoyance sociale dans votre pays?
- Quels sont les obstacles qui empêchent les pauvres d'accéder aux informations et aux soins de santé mentale dans votre pays? Que prévoit votre pays pour améliorer l'équité des services de santé mentale?

## Disparités entre les hommes et les femmes

« *Le pire, ce ne sont pas les sévices physiques, mais la terreur qui suit – la cruauté mentale. Je suis encore en colère et terrifiée.* » Une femme battue, Australie.



Les rôles dévolus par la société aux hommes et aux femmes sont des déterminants fondamentaux de la santé mentale qui doivent être pris en compte dans les politiques et les programmes. Ils régissent la relation de pouvoir inégale entre les hommes et les femmes et les conséquences de cette inégalité. Ils affectent la maîtrise qu'ont les hommes et les femmes des déterminants socio-économiques de leur santé mentale, de leur position sociale, de leur statut et de leur traitement dans la société. Ils déterminent également la sensibilité et l'exposition des femmes et des hommes à certains risques pour la santé mentale.

L'écart entre les sexes ressort de façon saisissante dans la prévalence des troubles mentaux courants – dépression, anxiété et troubles somatiques. Ces troubles, surtout répandus chez les femmes, représentent les diagnostics les plus courants dans les services de soins de santé primaires et ils constituent de graves problèmes de santé publique. La dépression, en particulier, dont on prévoit qu'elle sera la deuxième cause d'incapacité dans le monde d'ici à 2020, est deux fois plus courante chez les femmes que chez les hommes, quels que soient le type de société et le contexte social; elle peut aussi persister davantage chez les femmes que chez les hommes. La réduction du nombre disproportionné de femmes déprimées allégerait sensiblement la charge mondiale d'incapacités dues aux troubles mentaux et comportementaux.

Le taux de prévalence de l'alcoolisme sur la durée d'une vie, autre trouble courant, est plus de deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont aussi plus de trois fois plus susceptibles que les femmes de présenter des personnalités asociales.

Bien que les taux de prévalence des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et les troubles affectifs bipolaires (qui touchent au total moins de 2 % de la population) soient très voisins pour les deux sexes, des différences ont été signalées aux plans de l'âge de l'apparition des symptômes, de la

fréquence des symptômes psychotiques, de l'évolution de ces troubles, de l'adaptation sociale et de l'issue à long terme pour les hommes et pour les femmes. Les incapacités associées à la maladie mentale frappent surtout les personnes présentant concurremment au moins trois troubles – là encore, principalement des femmes.

### Facteurs de risque sexospécifiques

La dépression, l'anxiété, les symptômes somatiques et les taux élevés de comorbidité sont associés de façon significative à des facteurs de risque qui peuvent être liés au sexe, à la violence, à la faiblesse socio-économique, à l'inégalité du revenu, à la faiblesse ou à l'infériorité du statut social et à la responsabilité incessante des soins dispensés à autrui. La fréquence et la gravité des problèmes mentaux chez les femmes, par exemple, sont directement liées à la fréquence et à la gravité de ces facteurs.

Les restructurations économiques ont eu des conséquences sexospécifiques sur la santé mentale. Les politiques économiques et sociales qui entraînent une modification subite, déstabilisante et profonde du revenu, de l'emploi ou du capital social, qu'il est impossible de maîtriser ou d'éviter, peuvent accroître sensiblement l'inégalité entre les hommes et les femmes et le taux de prévalence des troubles mentaux courants.

La violence à l'encontre des femmes est un problème de santé publique dans tous les pays ; on estime de 20 % à 50 % la proportion des femmes ayant subi des violences familiales. Les enquêtes réalisées dans de nombreux pays révèlent que de 10 % à 15 % des femmes déclarent être contraintes à avoir des rapports sexuels avec leur partenaire. La forte prévalence de la violence sexuelle à laquelle les femmes de tous âges sont exposées et le taux élevé qui en résulte des troubles post-traumatiques expliquent que les femmes soient les plus affectées par ces troubles.

### Préjugés contre les femmes

Les préjugés contre les femmes sont visibles dans le diagnostic et le traitement des troubles psychologiques. Les médecins sont plus enclins à diagnostiquer la dépression chez les femmes que chez les hommes, même lorsque les tests normalisés servant à mesurer la dépression donnent des résultats

comparables ou que les malades présentent des symptômes identiques. Les femmes sont sensiblement plus susceptibles que les hommes de se voir prescrire des psychotropes thymorégulateurs. Les problèmes liés à la consommation d'alcool chez les femmes sont en outre rarement reconnus par les personnels de santé. Les stéréotypes sexistes tels que la prédisposition des femmes aux problèmes affectifs et celle des hommes à l'alcoolisme semblent renforcer la stigmatisation sociale et avoir un effet dissuasif sur la demande d'aide. Ils font obstacle à l'identification précise et au traitement des troubles psychologiques.

Les problèmes de santé mentale liés à la violence sont aussi insuffisamment reconnus. Parmi les victimes, à moins d'être interrogées directement, les femmes hésitent à donner des informations. Faute d'être découverts, les problèmes de santé liés à la violence augmentent et ils entraînent une utilisation fréquente et coûteuse du système de soins de santé et de santé mentale.

### Points à débattre

- Dans quelle mesure la politique de santé mentale de votre pays tient-elle compte des sexospécificités et reconnaît-elle et prend-elle en compte les facteurs de risque sexospécifiques nécessaires pour la prévention ?
- Que faut-il faire pour permettre aux dispensateurs de soins de santé primaires d'acquiescer et d'utiliser les compétences nécessaires pour reconnaître les actes de violence liés au sexe et pour assurer la prise en charge et le traitement des problèmes mentaux qui s'ensuivent ?
- Comment le secteur de la santé peut-il améliorer la collaboration intersectorielle entre les départements gouvernementaux afin d'éliminer les partis pris sexistes et la discrimination fondée sur le sexe ? Comment peut-il modifier les facteurs structurels sociaux tels que les responsabilités liées à l'éducation des enfants, le transport, les coûts et l'absence d'assurance-maladie qui limitent l'accès des femmes aux soins de santé mentale ?