

LA SITUATION DE LA SANTE MENTALE

Pour améliorer la santé mentale, il faut tenir compte des récents progrès dans la connaissance des personnes atteintes de troubles mentaux, de leur traitement et des soins dont elles bénéficient, des réformes actuelles en matière de santé et des politiques nationales dans d'autres secteurs.



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

La situation de la santé mentale. [ressource électronique].

1 fichier électronique (Guide des politiques et des services de santé mentale)

1. Service santé mentale - organisation et administration

2. Service santé mentale - normes

3. Troubles mentaux - thérapeutique

4. Politique gouvernementale

5. Coût maladie

6. Ligne directrice

I. Organisation mondiale de la Santé II. Série.

ISBN 92 4 254594 5

(Classification NLM: WM 30)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Remerciements

Le Guide des politiques et des services de santé mentale a été établi sous la direction du Dr Michelle Funk, Coordonnateur, Politique de santé mentale et développement des services, et sous l'autorité du Dr Benedetto Saraceno, Directeur, Département Santé mentale et toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé.

L'Organisation mondiale de la Santé remercie le Dr Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, Inde, qui a établi le présent module, et le Professeur Alan Flisher, University of Cape Town, Observatory, République d'Afrique du Sud, auteur d'un document qui a servi à ce travail.

Groupe de coordination rédactionnelle et technique

Le Dr Michelle Funk, Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Mme Natalie Drew, Siège de l'OMS, le Dr JoAnne Epping-Jordan, Siège de l'OMS, le Professeur Alan J. Flisher, University of Cape Town, Observatory, République d'Afrique du Sud, le Professeur Melvyn Freeman, Département de la Santé, Pretoria, Afrique du Sud, le Dr Howard Goldman, National Association of State Mental Health Program Directors, Research Institute and University of Maryland School of Medicine, Etats-Unis, le Dr Itzhak Levav, Services de Santé mentale, Ministère de la Santé, Jérusalem, Israël, et le Dr Benedetto Saraceno, Siège de l'OMS.

Le Dr Crick Lund, University of Cape Town, Observatory, République d'Afrique du Sud, a assuré la révision technique du module.

Assistance technique

Le Dr Jose Bertolote, Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Thomas Bornemann, Siège de l'OMS, le Dr José Miguel Caldas de Almeida, Bureau régional OMS des Amériques, le Dr Vijay Chandra, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, le Dr Custodia Mandlhate, Bureau régional OMS de l'Afrique, le Dr Claudio Miranda, le Dr Ahmed Mohit, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, le Dr Wolfgang Rutz, Bureau régional OMS de l'Europe, le Dr Erica Wheeler, Siège de l'OMS, le Dr Derek Yach, Siège de l'OMS, et le personnel du Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques, Siège de l'OMS, le Dr Jean-Luc Roelandt, Directeur, Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Centre Frontière\$, Lille-Hellemmes, France.

Appui administratif et services de secrétariat

Mme Adeline Loo, Mme Anne Yamada et Mme Razia Yaseen, Siège de l'OMS.

Présentation et conception graphiques : 2S) graphicdesign

Editeur : Walter Ryder

L'OMS remercie également les personnes suivantes de leurs rapports d'expert et de leur contribution technique :

Dr Adel Hamid Afana	Directeur, Département de la Formation et de l'Éducation, Programme communautaire de Santé mentale de Gaza
Dr Bassam Al Ashhab	Ministère de la Santé, Autorité palestinienne, Cisjordanie
Mme Ella Amir	Ami Québec, Canada
Dr Julio Arboleda-Florez	Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
Mme Jeannine Auger	Ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada
Dr Florence Baingana	Banque mondiale, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique
Mme Louise Blanchette	Université de Montréal, Programme de Certificat en Santé mentale, Montréal, Canada
Dr Susan Blyth	University of Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud
Mme Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, France
Dr Anh Thu Bui	Ministère de la Santé, Koror, République des Palaos
Dr Sylvia Caras	People Who Organization, Santa Cruz, Californie, Etats-Unis d'Amérique
Dr Claudina Cayetano	Ministère de la Santé, Belmopan, Belize
Dr Chueh Chang	Taipei, Taïwan
Professeur Yan Fang Chen	Centre de Santé mentale de Shandong, Jinan, République populaire de Chine
Dr Chantharavdy Choulamany	Hôpital général de Mahosot, Vientiane, République démocratique populaire lao
Dr Ellen Corin	Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Québec, Canada
Dr Jim Crowe	President, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, Nouvelle-Zélande
Dr Araba Sefa Dedeh	Ecole de Médecine de l'Université du Ghana, Accra, Ghana

Dr Nimesh Desai	Professor of Psychiatry and Medical Superintendent, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, Inde
Dr M. Parameshvara Deva	Département de Psychiatrie, Collège de Médecine de Perak, Ipoh, Perak, Malaisie
Professeur Saida Douki	Président, Société tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisie
Professeur Ahmed Abou El-Azayem	Ex-Président, Fédération mondiale pour la Santé mentale, Le Caire, Egypte
Dr Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr Gregory Fricchione	Carter Center, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique
Dr Michael Friedman	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Mme Diane Froggatt	Executive Director, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Ontario, Canada
M. Gary Furlong	Metro Local Community Health Centre, Montréal, Canada
Dr Vijay Ganju	National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Alexandria, VA, Etats-Unis d'Amérique
Mme Reine Gobeil	Hôpital Douglas, Québec, Canada
Dr Nacanieli Goneyali	Ministère de la Santé, Suva, Fidji
Dr Gaston Harnois	Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre collaborateur de l'OMS, Québec, Canada
M. Gary Haugland	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Dr Yanling He	Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine
Professeur Helen Herman	Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australie
Mme Karen Hetherington	Centre collaborateur OMS/OPS, Canada
Professeur Frederick Hickling	Section of Psychiatry, University of West Indies, Kingston, Jamaïque

Dr Kim Hopper	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Dr Tae-Yeon Hwang	Directeur, Département de Réinsertion psychiatrique et de Psychiatrie communautaire, Yongin, République de Corée
Dr A. Janca	University of Western Australia, Perth, Australie
Dr Dale L. Johnson	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Taos, NM, Etats-Unis d'Amérique
Dr Kristine Jones	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Dr David Musau Kiima	Director, Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya
M. Todd Kriebel	Ministry of Health, Wellington, Nouvelle-Zélande
M. John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suisse
Professeur Lourdes Ladrido-Ignacio	Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippine General Hospital, Manille, Philippines
Dr Pirkko Lahti	Secrétaire général/Président Directeur général, Fédération mondiale pour la Santé mentale, et Directeur exécutif, Association finlandaise pour la Santé mentale, Helsinki, Finlande
M. Eero Lahtinen	Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Helsinki, Finlande
Dr Eugene M. Laska	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Dr Eric Latimer	Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Québec, Canada
Dr Ian Lockhart	University of Cape Town, Observatory, Afrique du Sud

Dr Marcelino López	Recherche et Evaluation, Fundación andaluzá para la integración social del enfermo mental, Séville, Espagne
Mme Annabel Lyman	Division de la Santé du Comportement, Ministère de la Santé, Koror, République des Palaos
Dr Ma Hong	Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine
Dr George Mahy	University of the West Indies, St Michael, La Barbade
Dr Joseph Mbatia	Ministry of Health, Dar-es-Salaam, Tanzanie
Dr Céline Mercier	Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Québec, Canada
Dr Leen Meulenbergs	Centre interuniversitaire belge pour la Recherche et l'Action, la Santé et les Facteurs psychobiologiques et psychosociaux, Bruxelles, Belgique
Dr Harry I. Minas	Centre for International Mental Health and Transcultural Psychiatry, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, Victoria, Australie
Dr Alberto Minoletti	Ministère de la Santé, Santiago du Chili, Chili
Dr P. Mogne	Ministère de la Santé, Mozambique
Dr Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australie
Dr Driss Moussaoui	Université psychiatrique, Casablanca, Maroc
Dr Matt Muijen	The Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, Royaume-Uni
Dr Carmine Munizza	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italie
Dr Shisram Narayan	Hôpital St Giles, Suva, Fidji
Dr Sheila Ndyanabangi	Ministry of Health, Kampala, Ouganda
Dr Grayson Norquist	National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, Etats-Unis d'Amérique

Dr Frank Njenga	Chairman of Kenya Psychiatrists' Association, Nairobi, Kenya
Dr Angela Ofori-Atta	Unité de Psychologie clinique, Ecole de Médecine de l'Université du Ghana, Korle- Bu, Ghana
Professeur Mehdi Paes	Hôpital psychiatrique de l'Université Arrazi, Sale, Maroc
Dr Rampersad Parasram	Ministry of Health, Port of Spain, Trinité- et-Tobago
Dr Vikram Patel	Sangath Centre, Goa, Inde
Dr Dixianne Penney	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Dr Yogan Pillay	Equity Project, Pretoria, Afrique du Sud
Dr M. Pohanka	Ministère de la Santé, République tchèque
Dr Laura L. Post	Mariana Psychiatric Services, Saipan, Etats-Unis d'Amérique
Dr Prema Ramachandran	Planning Commission, New Delhi, Inde
Dr Helmut Remschmidt	Département de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Marburg, Allemagne
Professeur Brian Robertson	Department of Psychiatry, University of Cape Town, Afrique du Sud
Dr Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Costa Rica
Dr Agnes E. Rupp	Chief, Mental Health Economics Research Program, NIMH/NIH, Etats-Unis d'Amérique
Dr Ayesha M. Sammour	Ministère de la Santé, Autorité palestinienne, Gaza
Dr Aive Sarjas	Département de la Protection sociale, Tallinn, Estonie
Dr Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, Inde
Dr Carole Siegel	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, Etats-Unis d'Amérique
Professeur Michele Tansella	Département de Médecine et de Santé publique, Université de Vérone, Italie

Mme Mrinali Thalgodapitiya	Executive Director, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr Graham Thornicroft	Director, PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, Londres, Royaume-Uni
Dr Giuseppe Tibaldi	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italie
Mme Clare Townsend	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowing Qld, Australie
Dr Gombodorjiin Tsetsegdary	Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Mongolie
Dr Bogdana Tudorache	Président, Ligue roumaine pour la Santé mentale, Bucarest, Roumanie
Mme Judy Turner-Crowson	Ex-Présidente, Association mondiale de la Réadaptation psychosociale, Comité de la Sensibilisation, Hambourg, Allemagne
Mme Pascale Van den Heede	Santé mentale Europe, Bruxelles, Belgique
Mme Marianna Várfalvi-Bognarne	Ministère de la Santé, Hongrie
Dr Uldis Veits	Commission de la Municipalité de Riga pour la Santé, Riga, Lettonie
M. Luc Vigneault	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé mentale du Québec, Canada
Dr Liwei Wang	Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine
Dr Xiangdong Wang	Acting Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manille, Philippines
Professeur Harvey Whiteford	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowing Qld, Australie
Dr Ray G. Xerri	Department of Health, Floriana, Malte
Dr Xie Bin	Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine
Dr Xin Yu	Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine

Professeur Shen Yucun

Institut de la Santé mentale, Université de
Médecine de Beijing, République
populaire de Chine

Dr Taintor Zebulon

President, WAPR, Department of
Psychiatry, New York University Medical
Center, New York, Etats-Unis d'Amérique

L'OMS remercie aussi de leur généreux soutien financier les Gouvernements de l'Australie, de la Finlande, de l'Italie, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande et des Pays-Bas, ainsi que la Fondation Eli Lilly and Company et la Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europe.

Table des matières

Préface

Résumé d'orientation

Objectifs et public ciblé

1. Introduction

2. La morbidité due aux troubles mentaux

- 2.1 L'importance des troubles mentaux dans le monde
- 2.2 Coûts économiques et sociaux des troubles mentaux
- 2.3 Groupes vulnérables
- 2.4 Ressources et financement de la santé mentale

3. Retour sur l'histoire

4. Progrès récents dans la compréhension, le traitement et les soins des personnes atteintes de troubles mentaux

- 4.1 La relation entre troubles physiques et troubles mentaux
- 4.2 Traitements efficaces des troubles mentaux

5. Tendances des réformes des systèmes de santé dans le monde et leurs effets dans le secteur de la santé mentale

- 5.1 Décentralisation
- 5.2 Réformes du financement de la santé
- 5.3 Les possibilités et les risques que présentent les réformes dans le domaine de la santé mentale

6. Les politiques publiques hors secteur de la santé qui ont une incidence sur la santé mentale

7. Guide des politiques et des services de santé mentale : objectif et résumé des modules

- 7.1 Politiques, plans et programmes de santé mentale
- 7.2 Financement de la santé mentale
- 7.3 Législation, droits de l'homme et santé mentale
- 7.4 Sensibilisation à la santé mentale
- 7.5 Amélioration de la qualité des services de santé mentale
- 7.6 Organisation des services de santé mentale
- 7.7 Planification et budgétisation pour la fourniture de services de santé mentale

Références

Préface

Le présent module fait partie du Guide OMS des politiques et des services en matière de santé mentale, qui donne des informations pratiques pour aider les pays à améliorer la santé mentale de leur population.

Pourquoi ce Guide ?

Ce Guide est destiné à aider les décideurs et les planificateurs à :

- concevoir des politiques et des stratégies globales d'amélioration de la santé mentale de la population ;
- utiliser les ressources en place de façon à en tirer le meilleur parti possible ;
- offrir des services efficaces à ceux qui en ont besoin ;
- contribuer à réintégrer dans la vie de la communauté sous tous ses aspects les personnes souffrant de troubles mentaux, et à améliorer ainsi leur qualité de vie en général.

Que contient le Guide ?

Le Guide consiste en une série de modules d'emploi facile qui traitent les multiples besoins et priorités à considérer dans l'élaboration des politiques et la planification des services. Chaque module porte sur un aspect essentiel de la santé mentale. Le premier, intitulé La situation de la santé mentale, fait le point de cette situation dans le monde, et donne un résumé du contenu de ceux qui suivent. Il devrait permettre au lecteur de mieux comprendre ce qu'il en est et de choisir ceux des modules qui répondront à ses besoins. Le module Politiques, plans et programmes de santé mentale est indispensable ; il donne une information détaillée sur le processus d'élaboration des politiques et sur leur application au moyen de plans et de programmes. Après l'avoir lu, les pays pourraient s'attacher à certains aspects spécifiques de la santé mentale traités dans d'autres modules.

Le Guide se compose des modules suivants :

- > La situation de la santé mentale
- > Politiques, plans et programmes de santé mentale
- > Financement de la santé mentale
- > Législation, droits de l'homme et santé mentale
- > Sensibilisation à la santé mentale
- > Organisation des services de santé mentale
- > Amélioration de la qualité des services de santé mentale
- > Planification et budgétisation pour la fourniture de services de santé mentale

Les modules suivants ne sont pas encore disponibles, mais feront partie du Guide définitif :

- > Amélioration de l'accès aux médicaments psychotropes et de leur utilisation
- > Systèmes d'information sur la santé mentale
- > Ressources humaines et formation pour la santé mentale
- > La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
- > Les politiques et les services de santé mentale : recherche et évaluation
- > Politiques et programmes de santé mentale sur le lieu de travail

A qui s'adresse le Guide ?

Les modules intéresseront :

les décideurs et les responsables des plans sanitaires ;
les pouvoirs publics aux niveaux fédéral, national/régional et local ;
les professionnels de la santé mentale ;
les groupes qui représentent les personnes souffrant de troubles mentaux ;
les représentants des familles de malades mentaux et des soignants ou leurs associations ;
les organisations de sensibilisation représentant les intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que leurs proches et leur famille ;
les organisations non gouvernementales qui offrent des services de santé mentale ou s'y intéressent.

Comment utiliser les modules ?

- Ils peuvent servir **séparément ou ensemble**. Ils renvoient les uns aux autres pour plus de commodité. On peut prendre systématiquement connaissance de chacun des modules ou n'en utiliser qu'un lorsque l'accent est mis sur un domaine particulier de la santé mentale. Par exemple, un pays qui souhaite légiférer en matière de santé mentale peut trouver utile le module intitulé Législation, droits de l'homme et santé mentale.
- Ils peuvent servir à la **formation** en matière de santé mentale des décideurs, des responsables de la planification et de quiconque s'occupe de l'organisation, de la prestation et du financement des services. Ils peuvent aussi servir au niveau universitaire et les organismes professionnels peuvent décider de les utiliser pour la formation des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale.
- Ils peuvent servir de cadre aux activités de **consultance technique** menées par toutes sortes d'organisations internationales et nationales auprès de pays soucieux de réformer leurs politiques et/ou services de santé mentale.
- Ils peuvent être des **outils de sensibilisation** pour les organisations de soutien des consommateurs et des familles et les organismes de sensibilisation. L'information qu'ils donnent éduque le public et peut stimuler l'intérêt des politiques, des faiseurs d'opinion, des divers professionnels de la santé et du grand public pour les troubles mentaux et les services de santé mentale.

Présentation des modules

On trouvera clairement indiqués dans chaque module les objectifs et le public visés. Ils sont présentés de façon progressive pour faciliter aux pays la mise en oeuvre des conseils donnés. Il ne s'agit pas de suivre ces conseils à la lettre, ni de les interpréter de façon rigide : les pays sont encouragés à les adapter à leurs besoins et leur situation propres ; ils trouveront des exemples pratiques tout au long des modules.

De nombreuses références renvoient d'un module à l'autre. Le lecteur d'un module peut avoir à en consulter un autre (comme indiqué dans le texte) s'il souhaite des indications plus précises.

Tous les modules doivent être étudiés à la lumière de la politique de l’OMS, qui est de dispenser la plupart des soins de santé mentale dans les services de santé généraux et dans la collectivité. La santé mentale est nécessairement une question intersectorielle qui met en jeu les secteurs de l’éducation, de l’emploi, du logement, des services sociaux et de la justice pénale. Il est important d’avoir des consultations approfondies avec les organisations de soutien des consommateurs et des familles pour élaborer les politiques et dispenser les services.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

LA SITUATION DE LA SANTE MENTALE

Résumé d'orientation

1. Introduction

Les troubles mentaux représentent une charge de morbidité non négligeable dans toutes les sociétés. Il existe des interventions efficaces, mais la majorité de ceux qui en ont besoin ne peuvent y avoir accès. Ils le pourront si les politiques et la législation évoluent, si des services sont mis en place, si un financement adéquat est assuré et si le personnel approprié est formé.

Avec ce message, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* montre de façon convaincante qu'il faut se préoccuper de la santé mentale des populations. Avec ce document et le programme d'action mondial pour la santé mentale, l'OMS s'efforce de donner à la santé mentale, qui reste à la marge des politiques et pratiques sanitaires, une position plus centrale dans la santé publique à l'échelle mondiale. Les décideurs et les pouvoirs publics sont de plus en plus conscients de la charge que représentent les troubles mentaux et de la nécessité d'agir sans attendre.

L'OMS a mis au point le Guide des politiques et des services de santé mentale dans le cadre du programme d'action mondial pour la santé mentale afin de faciliter la prise de décision et la planification des services dans ce domaine et pour aider les Etats Membres à mettre en oeuvre les recommandations formulées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*. Le présent module est le premier de la série ; il décrit la situation dans laquelle se déroule l'action en faveur de la santé mentale ainsi que l'objectif et le contenu du Guide.

2. La charge de la morbidité mentale

2.1 La charge mondiale de la morbidité mentale

Les troubles mentaux représentent près de 12 % de la charge de morbidité mondiale et, d'ici à 2020, ils seront responsables de près de 15 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité. C'est chez les jeunes adultes, tranche d'âge la plus productive de la population, que cette charge est maximale. Dans les pays en développement, les troubles mentaux risquent d'augmenter de façon disproportionnée dans les décennies à venir. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont l'objet de stigmatisation et de discrimination dans toutes les parties du monde.

2.2 Coûts économiques et sociaux des troubles mentaux

Le coût économique total des troubles mentaux est considérable. Aux Etats-Unis, les coûts directs du traitement ont été estimés à US \$148 milliards par an, soit 2,5 % du produit national brut. Quant aux coûts indirects, ils sont deux à six fois plus élevés que les coûts directs dans les économies de marché développées, et ils risquent de représenter une proportion encore plus importante du total des coûts dans les pays en développement où les coûts directs sont généralement

faibles. Dans la plupart des pays, ces coûts économiques sont en grande partie à la charge des familles du fait qu'il n'y existe pas de réseaux de services financés par l'Etat pour tous les aspects de la santé mentale. Les familles supportent aussi des coûts sociaux, comme le coût affectif que représente la garde des membres handicapés de la famille, une qualité de vie réduite pour les soignants, l'exclusion sociale, la stigmatisation et l'impossibilité de saisir les occasions de perfectionnement personnel à l'avenir.

2.3 Groupes vulnérables

La charge de morbidité mentale n'affecte pas tous les groupes sociaux uniformément. Ce sont ceux dont la situation est défavorable et les ressources sont les plus minces qui y sont le plus exposés.

2.4 Ressources et financement de la santé mentale

Les services de santé mentale sont très insuffisamment financés, en particulier dans les pays en développement. Près de 28 % des pays n'ont pas de budget distinct pour la santé mentale. Parmi ceux qui en ont un, 37 % lui consacrent moins de 1 % de leur budget de santé. Les dépenses de santé mentale représentent moins de 1 % des budgets de santé dans 62 % des pays en développement et dans 16 % des pays développés. Il existe donc un écart très net entre la charge de morbidité due aux troubles mentaux et les ressources consacrées aux services qui les soignent.

3. Retour sur l'histoire

Pour mieux connaître les origines de la charge actuelle de morbidité mentale et les tendances en ce qui concerne les soins et le traitement, il faut les replacer dans l'histoire. Il est ainsi plus facile de comprendre pourquoi les efforts de réforme passés n'ont pas abouti et pourquoi il y a de grandes disparités dans l'évolution des services selon qu'il s'agit des pays développés ou des pays en développement.

Dans beaucoup de sociétés, des explications religieuses ou spirituelles ont gouverné pendant des siècles la manière dont on traitait les personnes souffrant de troubles mentaux. Les explications séculières faisant de la folie un état physique sont apparues au début du XVII^e siècle. Entre 1600 et 1700, on enfermait les pauvres atteints de troubles mentaux dans les prisons publiques, les hospices, les hôpitaux et les asiles privés en Europe et dans ce qui est aujourd'hui l'Amérique du Nord.

Les premières explications médicales de la folie n'encourageaient ni la compassion ni la tolérance, mais sous-entendaient que cette détérioration de l'état physique était le prix d'excès commis par le patient, ce qui justifiait la punition. Pendant la première moitié du XVIII^e siècle, l'opinion dominante selon laquelle les malades mentaux constituaient une sous-humanité incurable justifiait les conditions de vie misérables et l'utilisation d'entraves physiques dans les lieux de détention. Les pressions exercées en faveur de la réforme de ces institutions ont coïncidé avec la montée des préoccupations humanitaires au cours du XVIII^e siècle et de nombreuses institutions ont adopté des programmes de traitement moral.

Le succès du traitement moral a conduit à construire de nombreux asiles dans les pays d'Europe et aux Etats-Unis. Le discrédit attaché aux asiles de fous pour des raisons humanitaires a pour conséquence depuis les années 1950 la croissance du mouvement en faveur des soins donnés dans la collectivité, ainsi que la réduction du nombre de patients chroniques dans les hôpitaux psychiatriques, la réduction des effectifs ou la fermeture de certains hôpitaux et le recours à d'autres solutions sous la forme de services communautaires de santé mentale. Ce processus est connu sous le nom de désinstitutionnalisation.

Plusieurs pays dans le monde ont connu un passage très marqué du système hospitalier au système communautaire. Cependant, désinstitutionnaliser ne signifie pas simplement renvoyer les patients chez eux par voie administrative, c'est un processus complexe qui devrait conduire à la mise en place d'un réseau de services d'une autre sorte hors institutions psychiatriques. Malheureusement, dans beaucoup de pays développés, la désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagnée de l'implantation des services communautaires appropriés.

Dans beaucoup de pays en développement, les services de santé mentale de type occidental ont commencé par la construction d'hôpitaux psychiatriques par l'Etat ou la puissance coloniale, à la fin du XIX^e siècle ou au début du XX^e. En général, les systèmes reposant sur l'hôpital psychiatrique ne couvraient pas les populations aussi largement dans les pays en développement que dans les pays développés. Certains pays en développement ont pu moderniser les services de base de leurs hôpitaux et instituer de nouvelles unités psychiatriques dans les centres hospitaliers de district ou intégrer des services de santé mentale dans les soins de santé généraux en formant les agents de soins primaires à la santé mentale. Cependant, dans la plupart des pays en développement, les services psychiatriques sont rares, couvrent une faible proportion de la population et se heurtent à une pénurie aiguë de ressources humaines formées et d'installations institutionnelles appropriées.

On est fondé à penser avec optimisme qu'au XXI^e siècle la situation s'améliorera nettement. Les progrès des sciences sociales ont permis de mieux connaître les origines sociales des troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété. La recherche appliquée éclaire les problèmes qui tiennent à des difficultés dans la petite enfance et à des troubles mentaux à l'âge adulte. Les cliniciens ont accès à des psychotropes efficaces pour toutes sortes de troubles. La recherche a démontré que les interventions psychologiques et psychosociales accélèrent et confortaient efficacement la guérison des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété, et des affections chroniques comme la schizophrénie.

4. Progrès récents dans la compréhension, le traitement et les soins des personnes atteintes de troubles mentaux

Au cours des cinq dernières décennies, notre conception des troubles mentaux a beaucoup évolué, car les progrès scientifiques concernant le traitement sont allés de pair avec la conscience accrue de la nécessité de protéger les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux dans des établissements de soins et dans la communauté.

4.1 Corrélation entre troubles physiques et troubles mentaux

On ne perçoit plus la relation entre affections physiques et troubles mentaux de la même manière, et c'est là un progrès de première importance. Il est maintenant couramment reconnu que cette relation est complexe, réciproque et que ses voies sont multiples. Lorsque les troubles mentaux ne sont pas traités, l'issue des maladies physiques qui les accompagnent est compromise. Pour les personnes souffrant de troubles mentaux, le risque de pâtir d'une maladie physique est plus grand du fait que leur fonction immunitaire s'altère, que leur comportement est préjudiciable à leur santé, qu'elles ne respectent pas les prescriptions médicales, et qu'il leur est difficile d'obtenir d'être traitées pour leurs troubles physiques. De plus, lorsque ceux-ci sont chroniques, elles risquent beaucoup plus que les autres de souffrir des troubles mentaux.

4.2 Traitements efficaces des troubles mentaux

Il existe des traitements efficaces pour de nombreux troubles mentaux, dont la dépression, la schizophrénie et les troubles liés à l'alcool et à la drogue. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* présente des faits qui montrent l'efficacité de plusieurs d'entre eux.

5. Tendances des réformes des systèmes de santé dans le monde et leurs effets dans le secteur de la santé mentale

Au cours des trente dernières années, les secteurs de la santé en général, et de la santé mentale en particulier, ont subi des réformes majeures. Celles qui touchent la décentralisation et le financement de la santé sont les deux grandes mesures qui ont le plus modifié les systèmes de santé généraux. Ces questions sont d'importance pour la santé mentale parce que l'on est de plus en plus conscient de la nécessité de financer correctement les services de santé mentale et de travailler à l'intégration des services de santé mentale dans les systèmes de soins de santé généraux.

5.1 Décentralisation

La décentralisation a commencé dans les pays industrialisés puis a influencé la conception des systèmes des pays en développement. La décentralisation des services de santé publique, dévolue aux gouvernements locaux, a été rapidement adoptée dans ces pays pour diverses raisons, notamment l'évolution des systèmes économiques et politiques internes sous la pression de la mondialisation économique, l'idée qu'en planifiant les services en fonction des besoins locaux on pouvait répondre à ces besoins de façon plus appropriée et, dans certains cas, les perturbations provoquées dans les systèmes par les troubles civils et le déplacement des populations.

5.2 Réformes du financement du secteur de la santé

Ces réformes ont surtout répondu à un désir d'améliorer l'accès aux soins de santé, de faire progresser l'équité dans la prestation des services de santé, et de promouvoir le recours à des technologies rentables de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles pour les populations. Cependant, les réformes financières ont aussi été considérées par les gouvernements comme une méthode

permettant de maîtriser le coût des soins de santé et de le faire aussi supporter par d'autres acteurs, en particulier les utilisateurs des services. Les réformes portent notamment sur le financement des services, basé sur la mise en commun des fonds, et sur les achats des services de santé.

Les **possibilités** ouvertes à la santé mentale par la réforme du secteur de la santé sont :

- l'intégration des services de santé mentale dans les services de santé généraux ;
- l'augmentation de la part des ressources de santé consacrée à la santé mentale, à proportion de la charge imposée par les troubles mentaux.

Les **risques** pour la santé mentale induits par la réforme du secteur de la santé sont :

- la marginalisation des services de santé mentale ;
- la fragmentation des services et l'exclusion de ceux qui sont destinés aux malades mentaux du fait de la décentralisation ;
- la multiplication des paiements directs aux prestataires, qui nuit aux intérêts des malades mentaux généralement dépourvus des ressources nécessaires pour cela ;
- les systèmes de mise en commun des fonds, comme les systèmes publics et privés d'assurance, qui peuvent exclure le traitement des troubles mentaux, et donc désavantager les personnes qui en souffrent.

6. Les politiques publiques hors secteur de la santé qui ont une incidence sur la santé mentale

La santé mentale des populations et des sociétés est influencée par de nombreux facteurs macrosociaux et macroéconomiques en dehors du secteur traditionnel de la santé. Les gouvernements peuvent avoir – et ont – une influence sur beaucoup de ces facteurs par leurs décisions. L'orientation des politiques, mesures et programmes gouvernementaux peut avoir des effets aussi bien favorables que défavorables sur la santé mentale des populations. Les gouvernements, les décideurs et les planificateurs font souvent peu de cas, ou ne sont pas conscients, des répercussions sur la santé mentale d'une réorientation des politiques sociales et économiques.

Les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux ne se bornent pas aux secteurs traditionnels. La pauvreté est l'un des facteurs prédictifs des troubles mentaux les plus sûrs. Aussi bien la pauvreté relative que la pauvreté absolue ont une influence négative sur la santé mentale. De nombreuses tendances mondiales, comme l'urbanisation, sont néfastes pour la santé mentale des populations. Il y a corrélation entre les facteurs socioéconomiques et, comme ils se répercutent d'un secteur sur l'autre, les changements de politique dans un secteur donné peuvent avoir de bons ou de mauvais effets sur la santé mentale. Les gouvernements devraient mettre en place des mécanismes permettant de contrôler ces effets lorsqu'ils réorientent leur politique économique ou sociale.

7. Guide des politiques et des services de santé mentale : objectif et résumé des modules

Actuellement, la situation mondiale de la santé mentale se caractérise par une charge croissante de morbidité mentale, des ressources et un financement insuffisants et la possibilité de remédier à cet état de choses grâce aux récents progrès dans le traitement des troubles mentaux. Des tendances comme la réforme du secteur de la santé et certaines transformations macroéconomiques et politiques ont d'importantes répercussions sur la santé mentale.

De ce fait, les gouvernements ont un rôle crucial à jouer pour assurer la santé mentale de la population. De récents progrès dans la connaissance et le traitement des troubles mentaux signifient que l'amélioration de la santé mentale des populations est un objectif atteignable si les mesures appropriées sont prises maintenant.

Le Guide des politiques et des services de santé mentale devrait aider les pays à prendre ces mesures. Il donne des informations pratiques pour faciliter aux pays l'élaboration de politiques, la planification de services, le financement de ces services, l'amélioration de la qualité des services en place, la sensibilisation à la santé mentale et l'élaboration de la législation appropriée.

Ce Guide a été mis au point par des experts en matière de politique de santé mentale et de mise en place des services voulus, en consultation avec toute une gamme de décideurs et de responsables de la planification des services. Il a été examiné par des ministères de la santé et des organisations non gouvernementales représentant des consommateurs, des familles et des spécialistes, nationaux et internationaux.

Il consiste en une série cohérente de modules faciles à utiliser et portant sur le large éventail des besoins et des priorités à considérer dans l'élaboration des politiques et la planification des services. Chaque module porte sur un aspect essentiel de la santé mentale.

Les modules sont présentés dans les sections qui suivent.

7.1 Politiques, plans et programmes de santé mentale

Une politique explicite de santé mentale est un outil essentiel et puissant pour la section d'un ministère de la santé chargée de la santé mentale. Correctement formulée et mise en oeuvre par des plans et programmes, elle peut avoir des effets notables sur la santé mentale des populations. Ce module décrit des mesures pratiques dans les domaines suivants :

- Elaboration d'une politique
- Elaboration d'un plan pour la santé mentale
- Elaboration d'un programme pour la santé mentale
- Questions concernant la mise en oeuvre de la politique, des plans et des programmes

Des exemples spécifiques illustrent ces processus d'élaboration tout au long du module.

7.2 Financement de la santé mentale

Le financement est un facteur critique de la réalisation d'un système de santé mentale viable. C'est le mécanisme qui concrétise les plans et politiques par l'allocation de ressources. Les étapes du financement de la santé mentale présentées dans ce module sont les suivantes :

- Etape 1 : Comprendre le contexte général dans lequel les soins de santé sont financés.
- Etape 2 : Etablir la carte du système de santé mentale pour savoir quel est le niveau des ressources du moment et comment elles sont utilisées.
- Etape 3 : Développer la base de ressources à consacrer aux services de santé mentale.
- Etape 4 : Dégager des crédits pour traiter les priorités prévues dans le plan.
- Etape 5 : Structurer les budgets aux fins de gestion et de transparence.
- Etape 6 : Acheter les services de santé mentale de façon à en optimiser l'efficacité et l'efficience.
- Etape 7 : Mettre en place l'infrastructure nécessaire du financement de la santé mentale.
- Etape 8 : S'appuyer sur le financement pour modifier la fourniture des services de santé mentale.

On trouvera tout au long du module des exemples spécifiques illustrant l'élaboration des politiques, des plans et des programmes dans certains pays.

7.3 Législation, droits de l'homme et santé mentale

Une législation de la santé mentale est essentielle à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont une composante vulnérable de la société. Ce module est un guide détaillé de l'élaboration de cette législation.

Il présente d'abord les activités qui doivent précéder la formulation de la législation. Il en décrit ensuite la teneur, y compris les dispositions de fond touchant aussi bien la santé mentale proprement dite que d'autres domaines qui ont une incidence sur la santé mentale. Enfin, il aborde certains aspects du processus de mise en place d'une telle législation, notamment sa rédaction, les consultations qu'elle entraîne et sa mise en oeuvre.

7.4 Sensibilisation à la santé mentale

Sensibiliser à la santé mentale est une initiative relativement nouvelle qui vise à réduire la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir les droits humains des malades mentaux. Il s'agit de faire évoluer de diverses manières les principales structures et attitudes qui empêchent les efforts en faveur de la santé mentale des populations d'atteindre les objectifs visés.

Ce module décrit l'importance de la sensibilisation dans l'élaboration des politiques et services de santé mentale. Il présente le rôle de divers groupes de sensibilisation, puis formule des recommandations sur les mesures pratiques à prendre et indique comment les ministères de la santé peuvent appuyer cette activité.

7.5 Amélioration de la qualité des services de santé mentale

Les chances que les services permettent de parvenir aux objectifs souhaités sont fonction de leur qualité, et celle-ci indique aussi s'ils satisfont aux exigences actuelles d'une pratique fondée sur des bases factuelles. La qualité est importante dans tous les systèmes de santé mentale parce que, si elle est bonne, les personnes atteintes de troubles mentaux sont sûres de recevoir les soins dont elles ont besoin et de voir s'améliorer leurs symptômes et leur qualité de vie. Ce module énonce les mesures pratiques à prendre pour améliorer la qualité des soins de santé mentale.

- Etape 1 : Harmoniser les politiques pour améliorer la qualité.
- Etape 2 : Elaborer un recueil de normes, en consultation avec toutes les parties prenantes.
- Etape 3 : Etablir des procédures d'accréditation conformément aux critères du recueil de normes.
- Etape 4 : Contrôler les services de santé mentale en s'appuyant sur le recueil de normes et les procédures d'accréditation.
- Etape 5 : Intégrer l'amélioration de la qualité dans la gestion et la prestation des services.
- Etape 6 : Réformer ou améliorer les services s'il y a lieu.
- Etape 7 : Contrôler les mécanismes assurant la qualité.

7.6 Organisation des services de santé mentale

Les services de santé mentale permettent des interventions efficaces. De leur organisation dépendent en grande partie leur efficacité et la réalisation finale des buts et objectifs des politiques nationales de santé mentale. Ce module commence par une description et une analyse des formes actuelles de l'organisation des services de santé mentale telles qu'observées dans le monde entier, puis cette situation est examinée d'un oeil critique et des recommandations sont formulées dans le souci de créer la combinaison optimale des divers services. Les principales recommandations sont les suivantes :

- intégrer les services de santé mentale dans les systèmes de soins de santé généraux ;
- mettre en place dans les communautés des services réglementaires et des services informels ;
- promouvoir la désinstitutionalisation et la concrétiser.

7.7 Planification et budgétisation pour la fourniture de services de santé mentale

Ce module a pour but de présenter un modèle clair et rationnel de planification qui permet d'évaluer les besoins des populations locales en services de soins de santé mentale et de planification. Les étapes de ces opérations constituent un cycle :

- Etape A : Analyse de la situation.
- Etape B : Evaluation des besoins.
- Etape C : Fixation des objectifs.

– Etape D : Réalisation des objectifs.

On se propose avec ce module et ses exemples pratiques d'offrir aux pays une série d'outils de planification et de budgétisation qui les aidera à assurer des services locaux de santé mentale.

Objectifs et public ciblé

Ce module est le premier d'une série qui constitue le Guide des politiques et des services de santé mentale élaboré dans le cadre du projet de l'OMS Politiques de santé mentale. Il décrit la situation de la santé mentale dans le monde et l'objectif du Guide. Les modules y sont résumés afin de donner une idée d'ensemble du contenu de chacun.

Il est rédigé à l'intention des décideurs, des planificateurs, des prestataires de services, des agents de santé mentale, des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur famille, des organisations représentatives et de toutes les autres parties prenantes. Il devrait permettre au lecteur de se rendre compte de la situation de la santé mentale dans le monde et de choisir les modules qui lui seront utiles en fonction de sa situation.

1. Introduction

Les troubles mentaux représentent dans toutes les sociétés une charge non négligeable de morbidité. Les interventions efficaces existent, mais ne sont pas accessibles à la majorité des personnes qui en ont besoin. Il est possible de les rendre accessibles en modifiant les politiques et la législation, en développant les services, en disposant d'un financement suffisant et en formant le personnel voulu.

C'est avec ce message que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* plaide de façon convaincante pour la prise en considération des besoins des populations du monde en matière de santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2001b). Ce rapport vise à faire mieux comprendre au public et aux spécialistes ce que représentent la charge de morbidité due aux troubles mentaux et ses coûts humains, sociaux et économiques. Il se termine sur une série de dix recommandations que chaque pays peut adopter selon ses besoins et ressources (Encadré 1).

Avec le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* et d'autres initiatives, l'OMS s'efforce de donner à la santé mentale, laissée à la périphérie des politiques et pratiques de santé, une place plus importante dans le domaine de la santé publique mondiale. Les décideurs et les pouvoirs publics sont de plus en plus conscients de la charge de la morbidité mentale et de la nécessité de prendre immédiatement les mesures voulues pour traiter ce problème.

Le Rapport sur la santé dans le monde, 2001 plaide de façon convaincante pour la prise en considération des besoins des populations en matière de santé mentale dans le monde entier.

L'OMS s'efforce de donner à la santé mentale une position plus importante dans le domaine de la santé publique mondiale

Encadré 1. Recommandations figurant dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*

- Traiter les troubles au niveau des soins primaires
- Assurer la disponibilité des psychotropes
- Soigner au sein de la communauté
- Eduquer le grand public
- Associer les communautés, les familles et les consommateurs
- Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
- Développer les ressources humaines
- Etablir des liens avec d'autres secteurs
- Surveiller la santé mentale des communautés
- Soutenir la recherche

Pendant la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, des ministres de la santé ont participé à une table ronde sur les difficultés que leur posaient les besoins de leur population en matière de santé mentale. Ils ont constaté que dans ce domaine la situation de leur pays était en grande partie déterminée par le contexte socioéconomique et politique. Les ministres ont voulu envisager la santé mentale sous le « grand angle de la promotion et de la prévention » et adopter une « approche plus spécifique axée sur les troubles mentaux ». Ils ont aussi reconnu la nécessité d'intégrer les soins de santé mentaux dans les soins primaires, de faire sortir la santé mentale de sa marginalisation dans les services de santé généraux et de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux.

Tenant compte de ce qui précède, la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats Membres :

- > à réaffirmer les dispositions de la résolution EB109.R8, qui engage les pays à renforcer la santé mentale des populations ;
- > à accroître leurs investissements dans le domaine de la santé mentale, tant à l'échelon national que dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale, en tant qu'élément essentiel du bien-être des populations ;
- > à souscrire au programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale et à lui fournir un appui.

Le programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale est l'expression concrète du *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* et des tables rondes ministérielles, car il propose une stratégie claire et cohérente pour combler l'écart entre les besoins à satisfaire de façon urgente et les moyens actuellement disponibles pour alléger la charge des troubles mentaux. Cette initiative quinquennale est axée sur la constitution de partenariats stratégiques propres à renforcer les capacités des pays de faire face sur tous les fronts au caractère infamant des troubles mentaux et à la charge qu'ils constituent.

L'OMS a élaboré le Guide des politiques et des services de santé mentale en tant qu'élément de ce projet. L'objet de ce Guide est d'aider les décideurs et les planificateurs des services à répondre aux problèmes de santé mentale et d'aider les Etats Membres à appliquer les recommandations formulées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*.

Le présent module est le premier de la série qui constitue le Guide des politiques et des services de santé mentale. Il décrit le contexte dans lequel sont traitées les questions de santé mentale ainsi que les objectifs et le contenu du Guide. On trouvera la liste des modules déjà publiés dans l'Encadré 2 et leur description dans la section 6. La liste des modules en cours de rédaction figure dans l'Encadré 3.

Encadré 2. Modules du Guide des politiques et des services de santé mentale disponibles à ce jour, en anglais

- Politiques, plans et programmes de santé mentale
- Législation, droits de l'homme et santé mentale
- Organisation des services de santé mentale
- Planification et budgétisation pour la fourniture de services de santé mentale
- Financement des services de santé mentale
- Sensibilisation à la santé mentale
- Amélioration de la qualité des services de santé mentale

Encadré 3. Modules du Guide des politiques et des services de santé mentale en cours de rédaction

- Amélioration de l'accès aux médicaments psychotropes et de leur utilisation
- Systèmes d'information sur la santé mentale et suivi de la situation dans ce domaine
- Ressources humaines et formation pour la santé mentale
- Les politiques et les services de santé mentale : recherche et évaluation
- La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
- Politiques et programmes de santé mentale sur le lieu de travail

2. La morbidité due aux troubles mentaux

Pour bien comprendre le contexte dans lequel le Guide s'élabore, il faut connaître la charge de morbidité que les troubles mentaux représentent actuellement dans le monde. On passera en revue dans la présente section les données disponibles sur cette morbidité, ses coûts économiques et sociaux et les ressources disponibles pour les services de santé mentale.

2.1 L'importance des troubles mentaux dans le monde

Les chiffres ne peuvent rendre compte de la douleur et des souffrances causées par les troubles mentaux. Dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression, 70 millions de problèmes liés à l'alcool, 24 millions de schizophrénie et 37 millions de démence. Cependant, jusqu'à ces dix dernières années, du fait d'autres priorités et de l'absence de mesures complexes permettant d'estimer l'importance des troubles mentaux dans le monde, la détresse de millions de personnes, de leur famille et de ceux qui s'occupent d'eux est passée inaperçue.

Plusieurs événements ont amené le public à se rendre compte que la morbidité due aux troubles mentaux avait été largement sous-estimée. Il s'agit notamment du *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé* (Banque mondiale, 1993), et de l'élaboration du calcul des années de vie corrigées de l'incapacité, qui permet d'estimer la charge mondiale de morbidité, y compris les années perdues à cause d'une incapacité (Murray et Lopez, 1996, 2000). Selon les estimations faites en 2000, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 12,3 % des années de vie corrigées de l'incapacité, 31 % des années vécues avec une incapacité et 6 des 20 premières causes d'incapacité dans le monde (*Rapport sur la santé dans le monde, 2001*).

On estime que l'importance des troubles mentaux s'accroîtra dans les décennies à venir. D'ici à 2020, ils seront vraisemblablement responsables de 15 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité perdues. On pense que la dépression sera la deuxième cause d'incapacité dans le monde (Murray et Lopez, 1996). Les pays en développement dont les systèmes de soins de santé mentale ne sont guère développés devraient connaître l'accroissement le plus important de la morbidité imputable aux troubles mentaux. La baisse impressionnante des taux de mortalité infantile et le recul des maladies infectieuses, surtout dans les pays en développement, se traduiront par l'accroissement du nombre de personnes qui atteindront l'âge de la vulnérabilité aux troubles mentaux. On s'attend que l'espérance de vie des malades mentaux s'allonge et qu'ainsi le nombre de personnes âgées souffrant de dépression et de démence augmente progressivement.

La morbidité due aux troubles mentaux peut aussi augmenter pour d'autres raisons, comme l'urbanisation rapide, les conflits, les catastrophes et l'évolution macroéconomique. L'urbanisation s'accompagne de l'aggravation du problème des sans-abri, de la pauvreté, du surpeuplement, de l'élévation des niveaux de pollution, de la dislocation des structures familiales et de la perte de l'appui social, phénomènes qui sont tous des facteurs de risque de troubles mentaux (Desjarlais et al., 1995). Partout dans le monde, on constate une élévation du nombre de gens exposés aux conflits armés, aux troubles civils et aux catastrophes, qui en font des personnes déplacées, sans abri et pauvres. Les gens

En 2000, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 12 % des années de vie corrigées de l'incapacité perdues pour cause de maladie ou de blessure.

On estime que, d'ici à 2020, la morbidité due aux troubles mentaux s'élèvera à 15 % des années de vie corrigées de l'incapacité perdues.

Certaines des raisons de l'importance accrue des troubles mentaux sont l'urbanisation rapide, les conflits, les catastrophes et l'évolution

exposés à la violence risquent plus que d'autres de souffrir de troubles mentaux comme le syndrome de stress post-traumatique et la dépression, qui peuvent aboutir à la toxicomanie et à l'alcoolisme, ainsi qu'à des taux de suicide plus élevés (*Rapport sur la santé dans le monde, 2001*).

macroéconomique.

Dans beaucoup de pays en développement, la course au développement économique a eu de multiples conséquences. La restructuration économique a modifié les politiques de l'emploi et fait monter brutalement et massivement le chômage, grand facteur de risque de troubles mentaux comme la dépression et le suicide (Platt, 1984 ; Gunnell et al., 1999 ; Preti et Miotto, 1999 ; Kposowa, 2001). On voit bien là comment les changements de politique dans un secteur (politique économique) crée des problèmes non prévus ou non voulus dans un autre, le secteur de la santé dans le cas qui nous occupe. Certains auteurs ont exposé un scénario dans lequel la mauvaise santé mentale est associée à l'urbanisation, en particulier dans les pays en développement (Harpham et Blue, 1995).

Outre les souffrances que les troubles mentaux causent visiblement, il y a le poids invisible de la stigmatisation et de la discrimination. Indépendamment du niveau de revenu d'un pays, la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux a toujours existé. Elle se manifeste par les préjugés, les stéréotypes, la peur, l'embarras, la colère, le rejet ou l'évitement. Pour ceux qui en souffrent, les troubles mentaux s'accompagnent de violations de leurs libertés et de leurs droits humains fondamentaux, et du déni de leurs droits civils, politiques, économiques et sociaux, aussi bien dans les institutions que dans les collectivités. Pour beaucoup d'entre eux, les mauvais traitements physiques, sexuels et psychologiques sont quotidiens. Ils sont rejetés, se voient injustement refuser des emplois, et se heurtent à la discrimination dans l'accès aux services, à l'assurance-maladie et au logement. Pour la plupart, ces abus ne sont pas signalés et leur importance n'est donc pas quantifiée.

Il y a le poids invisible de stigmatisation et de discrimination.

Points essentiels : Charge mondiale de morbidité due aux troubles mentaux

- Les troubles mentaux représentent près de 12 % de la charge mondiale de morbidité.
- D'ici à 2020, ces troubles représenteront près de 15 % des années de vie corrigées de l'incapacité perdues pour cause de maladie.
- La morbidité mentale atteint un pic chez les jeunes adultes, qui constituent la tranche la plus productive de la population.
- Dans les pays en développement, la charge imputable aux troubles mentaux s'alourdira vraisemblablement de façon disproportionnée dans les décennies qui viennent.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux se heurtent à la stigmatisation et à la discrimination dans toutes les parties du monde.

2.2 Coûts économiques et sociaux des troubles mentaux

Les coûts économiques et sociaux des troubles mentaux retombent sur les sociétés, les gouvernements, les personnes touchées, leurs soignants et leurs familles. Les coûts de traitement direct (coûts directs) sont le fardeau économique le plus visible. Beaucoup de troubles mentaux sont chroniques ou épisodiques, ils sont donc soignés et traités sur la durée ou par intermittence et imposent des coûts économiques constants notables.

Dans les pays développés, le total des coûts économiques directs est bien connu. Aux Etats-Unis, par exemple, il était estimé à US \$148 milliards, soit 2,5 % du produit national brut (Rice et al., 1990). Toujours aux Etats-Unis, les coûts directs imputables à la dépression se situent autour de US \$12 milliards (Greenberg et al., 1993). Au Royaume-Uni, on a estimé les coûts directs à £417 (Kind et Sorensen, 1993). On ne dispose pas d'estimations comparatives de ces coûts dans les pays développés, mais ils sont probablement substantiels. Sur la base de données concernant la prévalence locale et les coûts de traitement des troubles mentaux courants, on a estimé qu'à Santiago du Chili (3,2 millions d'habitants) ceux-ci s'élevaient à près de US \$74 millions, soit la moitié du budget consacré à la santé mentale pour tout le pays (Araya et al., 2001).

Les coûts directs associés à la schizophrénie vont de US \$16 milliards aux Etats-Unis (Rice et Miller, 1996) à £1,4 milliard au Royaume-Uni (Knapp, 1997) et à CAN \$1,1 milliard au Canada (Goeree et al., 1999).

Les coûts économiques indirects sont principalement dus à la perte d'emploi et à une productivité diminuée chez les personnes atteintes de troubles mentaux, ceux qui les soignent et leur famille. Contrairement à ce qui se passe dans le cas des autres maladies, les coûts indirects des troubles mentaux semblent plus élevés que les coûts directs. Aux Etats-Unis, par exemple, les coûts indirects de l'absentéisme et de la perte de productivité imputables à la dépression ont été estimés à US \$31 milliards, soit trois fois les coûts directs (Greenberg et al., 1993). Au Royaume-Uni, les coûts indirects ont été estimés à £2,97 milliards (Kind et Sorensen, 1993), soit six fois les coûts directs. Pour ce qui est de la schizophrénie, les coûts indirects ont été estimés à US \$17,1 milliards aux Etats-Unis, soit un peu plus que les coûts directs (Rice et Miller, 1996), et au Royaume-Uni, le chiffre correspondant a été de £1,2 milliard (Knapp et al., 1997), montant comparable aux coûts directs. Dans les pays en développement où les coûts directs sont généralement plus faibles que dans les pays développés, surtout à cause du manque de traitement, les coûts indirects imputables à la longue durée d'une maladie non traitée et à l'incapacité qui y est associée représentent vraisemblablement une proportion encore plus importante du fardeau économique total des troubles mentaux (Chisholm et al., 2000).

Les familles et les soignants doivent en général faire face à la plupart de ces coûts économiques, sauf dans quelques pays où l'économie de marché est bien établie et où des systèmes de santé publique et de protection sociale bien financés couvrent complètement les troubles mentaux. Mais lorsque ce sont les familles qui supportent ce fardeau économique, les gouvernements et les sociétés finissent par payer un prix sous forme de revenu national réduit et de dépenses accrues pour les programmes de protection sociale. Comme on l'a montré plus haut, les coûts indirects, c'est-à-dire ceux qui sont associés à la perte de productivité, dépassent les coûts de traitement directs. Ainsi, la logique économique pour les

Les coûts économiques et sociaux des troubles mentaux retombent sur plusieurs intervenants.

Le fardeau économique le plus visible est celui des coûts de traitement directs.

Les coûts indirects sont substantiels et plus élevés que les coûts directs.

Le fardeau retombe habituellement sur les familles et les soignants.

Traiter les troubles mentaux coûte cher, mais ne pas les

sociétés et les pays est sans nuance et simple : traiter les troubles mentaux coûte cher, mais ne pas les traiter coûte plus cher, c'est un luxe que la plupart des pays ne peuvent guère s'offrir.

traiter coûte plus cher, c'est un luxe que la plupart des pays ne peuvent guère s'offrir.

Les coûts sociaux sont les suivants : moins bonne qualité de vie pour les personnes atteintes de troubles mentaux, leur famille et leurs soignants ; aliénation et criminalité chez les jeunes dont les problèmes de santé mentale pendant l'enfance ne sont pas convenablement traités ; médiocre développement des facultés cognitives chez les enfants dont les parents souffrent de troubles mentaux.

Les coûts sociaux des troubles mentaux aussi sont importants.

Points essentiels : Le poids économique et social des troubles mentaux

- Le montant total des coûts économiques des troubles mentaux est notable. Aux Etats-Unis, les coûts de traitement directs ont été estimés à US\$ 148 milliards, soit 2,5 % du produit national brut (Rice et al., 1990).
- Les coûts indirects sont de deux à six fois plus élevés que les coûts directs dans les pays développés à économie de marché.
- Les coûts indirects risquent de représenter une proportion encore plus grande du total des coûts dans les pays en développement, où les coûts directs sont généralement faibles.
- Dans la plupart des pays, une grande proportion des coûts économiques retombe sur les familles étant donné qu'il n'y a pas de réseau de services complets de santé mentale financés sur des fonds publics.
- Il en coûte plus de ne pas traiter les troubles mentaux que de les traiter.
- Les familles supportent aussi des coûts sociaux : tension affective induite par l'attention portée aux membres handicapés de la famille, moindre qualité de vie pour les soignants, exclusion sociale, stigmatisation et perte de perspectives de perfectionnement personnel.

2.3 Groupes vulnérables

Les troubles mentaux ne pèsent pas du même poids sur toutes les couches de la société. Les groupes en situation défavorable et ayant les ressources les plus faibles sont les plus vulnérables. Ces groupes sont : les femmes, en particulier celles qui sont maltraitées, les personnes qui vivent dans une extrême pauvreté, par exemple les habitants des taudis, les personnes traumatisées par les conflits et les guerres, les migrants, en particulier les réfugiés et les personnes déplacées, les enfants et les adolescents dont le développement a été perturbé, et les populations autochtones de nombreuses parties du monde. Les membres de chacun de ces groupes courent un risque accru de troubles mentaux. En outre, il n'est pas rare de constater qu'un même individu est vulnérable à de multiples facteurs simultanément.

Les groupes vulnérables sont confrontés à une morbidité mentale disproportionnée.

Des groupes vulnérables différents peuvent se heurter aux mêmes problèmes. Leurs membres risquent plus que quiconque de rester sans emploi, d'être stigmatisés et de voir leurs droits humains violés. Ils se heurtent aussi à d'importants obstacles pour accéder aux services, par exemple les traitements de

qualité satisfaisante ne leur sont pas offerts ou sont trop coûteux. Les stéréotypes défavorables et les préjugés des prestataires de soins de santé réduisent encore leurs chances de voir traiter leurs besoins en matière de santé mentale avec l'attention voulue (Cole et al., 1995 ; Shi, 1999).

2.4 Ressources et financement de la santé mentale

Les services de santé mentale sont très insuffisamment financés, en particulier dans les pays en développement. Près de 28 % des pays n'ont pas de budget distinct pour la santé mentale. Parmi ceux qui en ont un, 37 % y consacrent moins de 1 % du total de leur budget de santé ; c'est le cas de 62 % des pays en développement et de 16 % des pays développés (Organisation mondiale de la Santé, 2001a).

Il y a donc un écart très net entre la charge représentée par les troubles mentaux et les ressources consacrées aux services de santé mentale. Il existe maintenant des interventions efficaces pour de nombreux troubles mentaux et l'on devrait pouvoir prendre ces troubles en charge avec de bons résultats (voir infra le module intitulé Organisation des services de santé mentale et le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*) ; et, pourtant, les services de santé mentale n'offrent des soins et un traitement qu'à une petite minorité des personnes qui en ont besoin.

Il est donc nécessaire de tenir compte des troubles mentaux dans les politiques et plans concernant la santé. En particulier, lors de l'affectation des ressources et des fonds, il faudrait traiter à égalité les services spécialisés dans les troubles physiques et les services de santé mentale, à proportion de la charge de morbidité que ceux-ci représentent.

Il est nécessaire aussi de répartir équitablement les ressources au sein du secteur de la santé mentale. Par exemple, 25 % des pays n'ont pas accès aux médicaments psychiatriques de base au niveau des soins primaires, et 37 % n'ont pas d'installations communautaires pour la santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2001a). Sur le territoire même des pays, les installations et les spécialistes ne se répartissent pas également entre zones rurales et zones urbaines (voir Organisation des services de santé mentale). Pour près de 70 % des habitants du globe, il y a un psychiatre pour 100 000 habitants. Dans beaucoup de pays, les besoins des groupes vulnérables – c'est-à-dire les femmes, les minorités ethniques autochtones et les victimes de mauvais traitements ou de traumatismes – sont négligés.

Les services de santé mentale ne sont pas suffisamment financés dans la plupart des pays.

On sait qu'il existe des interventions efficaces pour les troubles mentaux, mais le financement des services de santé mentale est insuffisant.

Les troubles mentaux devraient être traités à égalité avec les troubles physiques lors de l'allocation des ressources et des fonds.

3. Retour sur l'histoire

Pour mieux connaître les origines de la charge actuelle de morbidité due aux troubles mentaux et les tendances en ce qui concerne les soins et les traitements, il faut revenir sur l'histoire. Il est ainsi plus facile de comprendre pourquoi les efforts de réforme passés n'ont pas abouti et pourquoi les services ont évolué très différemment dans les pays développés et dans les pays en développement.

Pendant des siècles, on s'est fondé sur des explications d'ordre religieux ou spirituel pour traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans beaucoup de sociétés. Au Moyen-Age, les problèmes mentaux passaient pour avoir des causes surnaturelles associées à la possession par le démon ou à l'extase mystique. Au début du XVII^e siècle, on a commencé à donner des explications d'ordre séculier faisant de la folie un état physique. Entre 1600 et 1700, les pauvres atteints de troubles mentaux ont été enfermés dans des prisons publiques, des hospices, des hôpitaux publics et des asiles privés dans toute l'Europe et dans ce qui est aujourd'hui l'Amérique du Nord (Busfield, 1996 ; Jones, 1996 ; Goodwin, 1997).

Les premières explications médicales de la folie n'encourageaient ni la compassion ni la tolérance, mais sous-entendaient que cette détérioration de l'état physique était le prix d'excès commis contre lui-même par le patient, ce qui justifiait la punition. Pendant la première moitié du XVIII^e siècle, l'opinion dominante selon laquelle les malades mentaux constituaient une sous-humanité incurable justifiait les conditions de vie misérables et le recours à des entraves physiques dans les lieux de détention (Jones, 1996). Les pressions exercées en faveur de la réforme de ces institutions ont coïncidé avec la montée des préoccupations humanitaires au cours du XVIII^e siècle, et des nombreuses institutions ont adopté des programmes de traitement moral (Breakey, 1996a).

Le succès du traitement moral a conduit à construire de nombreux asiles dans les pays d'Europe et aux Etats-Unis. Mais la plupart de ces vastes institutions publiques n'ont pas été capables d'obtenir d'aussi bons résultats que les pionniers dévoués du traitement moral. Des contraintes financières, le nombre élevé de patients et le manque de formules capables de remplacer de façon rentable la thérapie morale ont eu pour conséquence que ces hôpitaux publics sont vite devenus des établissements carcéraux.

Au XX^e siècle, on a abandonné la garde et la protection au profit des soins et du traitement des malades mentaux et d'une approche plus humaine. Après la Deuxième Guerre mondiale, le mouvement des droits de l'homme a pris de l'importance et a appelé l'attention sur les violations flagrantes des droits humains fondamentaux, y compris celles qui touchaient ces malades. La recherche a montré que les asiles de fous avaient un effet thérapeutique faible et qu'ils accentuaient parfois l'incapacité mentale. Dans le monde entier, on s'est mieux rendu compte des conditions de vie misérables dans de nombreux asiles et des insuffisances du traitement et des soins qui y étaient dispensés, ainsi que de la nécessité d'accorder la protection des pouvoirs publics aux droits des personnes souffrant de troubles mentaux. Le discrédit dans lequel des considérations humanitaires ont fait tomber les asiles de fous a conduit à réduire

Pendant des siècles, on a expliqué le comportement et le vécu des personnes atteintes de troubles mentaux par la religion.

Dans l'Europe du XVII^e siècle, les personnes atteintes de troubles mentaux étaient incarcérées.

Les programmes de traitement moral ont provoqué la multiplication des asiles de fous.

La désinstitutionnalisation a suivi la montée des mouvements de défense des droits de l'homme.

le nombre de patients chroniques dans les hôpitaux psychiatriques publics, à dégraisser ou fermer certains hôpitaux, et à développer les services de santé mentale communautaires pour les remplacer, processus connu sous le nom de désinstitutionalisation.

Plusieurs pays ont connu un passage très marqué du système hospitalier au système communautaire, ce qui a abouti à une importante baisse du nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques et, dans certains cas, à leur pure et simple fermeture. En Italie, la réforme de 1978 dans le domaine de la santé mentale illustre cette tendance. A Trieste, par exemple, les hôpitaux psychiatriques ont été fermés et remplacés par une multitude de services communautaires offrant des soins médicaux, des services de réinsertion psychosociale et le traitement des épisodes aigus. On a adopté des systèmes de logements et d'emplois protégés de façon que les personnes souffrant de troubles mentaux puissent s'intégrer à la communauté plus facilement. Dans certains pays, des services complets de santé mentale ont été installés au sein de la collectivité, notamment à Victoria, en Australie ; à Santos et dans le Rio Grande do Sul, au Brésil ; à Lille Hellemmes, (banlieue Est de Lille), en France ; à Siauliai en Lituanie ; dans les Asturies et à Madrid, en Espagne ; à Londres et à Birmingham Nord, au Royaume-Uni.

Cependant, désinstitutionaliser ne signifie pas simplement renvoyer les patients chez eux par voie administrative. C'est un processus complexe qui devrait conduire à la mise en place d'un réseau d'établissements remplaçant les institutions psychiatriques. Malheureusement, dans beaucoup de pays développés, la désinstitutionalisation ne s'est pas accompagnée du développement des services communautaires appropriés (Thornicroft et Tansella, 1999). On a souvent fait l'erreur de croire que des formes de traitement communautaire différentes seraient plus rentables que les soins de plus en plus chers dispensés aux patients chroniques enfermés, ou qu'elles permettraient aux gouvernements de faire partager le coût du traitement à d'autres intervenants (Breakey, 1996b,c ; Sharfstein, 1996 ; Goodwin, 1997).

Il est devenu de plus en plus manifeste que si l'établissement de services de remplacement communautaires correctement financés n'accompagne pas la désinstitutionnalisation, on risque de voir diminuer le nombre de services de santé mentale offerts aux malades et de soumettre les services existants à une demande qui dépasse leurs capacités. Selon des rapports récents émanant du Royaume-Uni et des Etats-Unis, la fourniture de services est désorganisée à cause des contraintes budgétaires et de la confusion qui règne chez les principaux intervenants quant à leurs responsabilités respectives dans le financement et l'offre de services communautaires de santé mentale (Sharfstein, 1996 ; Freeman, 1996 ; Redmond, 1998).

Dans beaucoup de pays en développement, les services de santé mentale de type occidental ont commencé par la construction d'hôpitaux psychiatriques par l'Etat ou la puissance coloniale à la fin du XIX^e siècle ou au début du XX^e siècle. En général, les systèmes reposant sur ces hôpitaux n'ont pas couvert les populations aussi largement dans les pays en développement que dans les pays développés. Certains pays en développement ont pu moderniser les services de base de leurs hôpitaux psychiatriques et instituer de nouvelles unités psychiatriques dans les centres hospitaliers de district (Kilonzo et Simmons, 1998 ; Alem et al., 1999 ; Somasundaram et al., 1999 ; Sidandi et al., 1999), ou ont intégré les services de santé mentale dans les soins de santé généraux en formant des agents de soins primaires à la santé mentale (Kilonzo et Simmons, 1998 ; Somasundaram et al.,

Il y a eu un passage marqué du système hospitalier au système communautaire dans plusieurs pays.

La désinstitutionalisation ne s'est pas accompagnée des dispositions communautaires voulues dans beaucoup de pays développés.

Certes, des asiles ont été construits dans beaucoup de pays en développement à l'époque coloniale, mais, en général, ils ont assuré une couverture moins étendue des populations que dans les pays

1999). Cependant, dans la plupart des pays en développement, les services psychiatriques sont rares en général, couvrent une faible proportion de la population et se heurtent à des pénuries aiguës de personnel formé et d'installations institutionnelles appropriées.

développés.

On est fondé à penser avec optimisme que le XXI^e siècle apportera une nette amélioration dans les soins aux personnes souffrant de troubles mentaux. Les progrès des sciences sociales ont permis de mieux connaître les origines sociales de troubles tels que la dépression et l'anxiété. La recherche appliquée éclaire les problèmes qui tiennent à des difficultés dans la petite enfance et à des troubles mentaux à l'âge adulte (Brown et Harris, 1993 ; Kessler et al., 1997, Maughan et McCarthy, 1997). Les cliniciens ont maintenant accès à des psychotropes plus actifs pour toutes sortes de troubles mentaux. La recherche a démontré que les interventions psychologiques et psychosociales accélèrent et confortent avec efficacité la guérison des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété, ainsi que des affections chroniques comme la schizophrénie.

Les progrès récents permettent d'améliorer nettement les soins des personnes souffrant de troubles mentaux.

Points essentiels : Retour sur l'histoire

- La désinstitutionnalisation n'a pas toujours été suivie par la fourniture de ressources communautaires de remplacement satisfaisantes dans les pays en développement.
- En général, les services de santé mentale sont rares dans les pays en développement. Ils couvrent une petite partie de la population et se heurtent à des pénuries aiguës de ressources financières et humaines.
- L'une des tâches les plus importantes des pays en développement est d'étendre leurs services de santé mentale de façon qu'ils couvrent une proportion substantielle de leur population, en intégrant ces services aux soins primaires et secondaires généraux.
- Il existe maintenant des médicaments psychotropes et des interventions psychosociales très efficaces pour toute une gamme de troubles mentaux.
- La recherche a montré l'efficacité des interventions psychologiques et psychosociales contre de nombreux troubles mentaux.

4. Progrès récents dans la compréhension, le traitement et les soins des personnes atteintes de troubles mentaux

Au cours des cinq décennies écoulées, notre conception des troubles mentaux a beaucoup évolué du fait que les progrès scientifiques dans leur traitement ont coïncidé avec une conscience accrue de la nécessité de protéger les droits humains des personnes qui en souffraient dans les établissements de soins et aussi dans la communauté.

Au cours des cinq décennies écoulées, notre conception des troubles mentaux a beaucoup évolué.

4.1 La relation entre troubles physiques et troubles mentaux

Il est maintenant couramment reconnu que la relation entre troubles mentaux et troubles physiques est complexe et réciproque et que ses voies sont multiples. C'est là un progrès majeur.

Les troubles mentaux ont des conséquences fâcheuses sur le plan physique, comme le montre l'espérance de vie nettement plus brève des schizophrènes. Généralement, les malades mentaux prêtent moins d'attention que les autres aux symptômes d'une maladie physique. En conséquence, ils tardent à faire traiter des affections dont ils souffrent en même temps, comme le diabète ou l'hypertension. Il leur est difficile de faire soigner une pathologie physique à cause de la stigmatisation et de la discrimination dont ils sont l'objet, et s'ils y parviennent, ils sont aussi plus enclins à négliger le traitement prescrit, ce qui en compromet encore plus le résultat. La vulnérabilité biologique aux affections physiques est plus grande chez les malades mentaux. La dépression, par exemple, est associée à un moins bon fonctionnement du système immunitaire, et donc à un risque accru de troubles physiques divers (*Rapport sur la santé dans le monde, 2001*).

Les troubles mentaux ont des conséquences fâcheuses sur le plan physique.

Les troubles mentaux compromettent l'issue des pathologies physiques qui les accompagnent.

L'inverse est également vrai : les personnes qui souffrent de pathologies physiques chroniques courent un plus grand risque de souffrir de troubles mentaux comme la dépression. Les taux de suicide sont plus élevés chez les gens atteints de troubles physiques, surtout s'ils sont âgés. Cette plus grande vulnérabilité est souvent imputable aux conséquences sociales de l'incapacité physique. Celle-ci diminue les possibilités d'emploi et rétrécit les réseaux de relations sociales et la vie de famille, en quantité et en qualité. Les médicaments utilisés pour traiter de nombreuses pathologies physiques ont des effets directs sur le fonctionnement psychologique et des effets indirects sur la santé mentale en aggravant les effets secondaires physiques. Ces effets sont la dépression, l'anxiété et d'autres troubles mentaux présents chez des individus déjà vulnérables.

Les troubles physiques élèvent la vulnérabilité aux troubles mentaux.

Les troubles mentaux ont aussi toute une gamme de conséquences sur le cours et l'issue des affections chroniques qui les accompagnent, comme le cancer (Spiegel et al., 1989), les cardiopathies (Ziegelstein et al., 2000), le diabète (Ciechanowski et al., 2000) et le VIH/SIDA (Reed et al., 1994). De nombreuses études ont démontré que chez les patients dont les troubles mentaux ne sont pas traités, le risque d'affaiblissement du fonctionnement du système immunitaire, de comportement sanitaire négligent, de non-respect des prescriptions médicales et de non-guérison est plus grand. Par exemple, il est démontré qu'en général les patients déprimés abandonnent leur traitement médical trois fois plus souvent que les autres (DiMatteo et al., 2000) et que la dépression est un facteur prédictif de

la survenue d'une cardiopathie (Ferketich et al., 2000). (Pour de plus amples détails, voir *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*.)

Points essentiels : Relations entre troubles physiques et troubles mentaux

- Les troubles mentaux et les troubles physiques agissent les uns sur les autres dans une relation complexe à deux voies.
- Lorsque les troubles mentaux ne sont pas bien traités, l'issue des pathologies physiques qui les accompagnent est très compromise.
- Chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux, le risque de souffrir d'un trouble physique est plus élevé parce que leur système immunitaire fonctionne moins bien, leur comportement sanitaire laisse à désirer, ils négligent leur traitement médical et il leur est plus difficile d'obtenir un traitement pour les troubles physiques.
- Les personnes atteintes d'une maladie physique chronique sont nettement plus exposées que les autres aux troubles mentaux.

4.2 Traitements efficaces des troubles mentaux

Il existe des traitements efficaces pour beaucoup de troubles mentaux, comme il est démontré dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*. On trouvera ci-après un exposé succinct de ces traitements.

Une dépression plus ou moins grave peut être traitée efficacement grâce à des antidépresseurs. La psychothérapie est aussi efficace que les antidépresseurs contre la dépression légère à modérée. Le personnel de soins primaires peut la traiter avec succès en associant médicaments et psychothérapie ou conseil (Sriram et al., 1990 ; Mynors-Wallis, 1996 ; Schulberg et al., 1996 ; Ward et al., 2000 ; Bower et al., 2000).

Dans le traitement de la schizophrénie, des médicaments antipsychotiques peuvent aider à atténuer les symptômes et à prévenir la rechute. La réinsertion psychosociale et la thérapie familiale associées aux médicaments peuvent réduire les taux de rechute de 50 % à 10 % (Leff et Gamble, 1995 ; Dixon et al., 2000).

Dans le cas des problèmes d'alcool, il est démontré que de brèves interventions réduisent la consommation d'alcool occasionnelle de 30 %, et la consommation excessive pendant 6 à 12 mois ou plus, et que ces interventions sont rentables (Gomel et al., 1995 ; Wutzke et al., 2001). Pour les patients dont l'alcoolodépendance est plus grave, un traitement aussi bien en institution qu'ambulatoire s'est révélé efficace, encore que le traitement ambulatoire soit nettement moins cher. Plusieurs traitements psychologiques, y compris le traitement cognitivo-comportemental, l'entretien de motivation et la démarche

Il existe des traitements efficaces pour de nombreux troubles mentaux, notamment la dépression, la schizophrénie et les problèmes liés à l'alcool et à la drogue.

« en douze étapes », associés à un traitement psychiatrique, sont tout aussi efficaces (*Rapport sur la santé dans le monde, 2001*).

Le traitement de la pharmacodépendance, qui réduit l'usage des drogues (entre 40 % et 60 %) et atténue ses conséquences sanitaires et sociales, comme la délinquance et le risque d'infection à VIH (*Rapport sur la santé dans le monde, 2001*), est d'un bon rapport coût/efficacité.

Pour un examen plus détaillé de l'efficacité des divers traitements des troubles mentaux, le lecteur se reportera au *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*.

Points essentiels : Traitements efficaces des troubles mentaux

- Il existe des traitements efficaces pour de nombreux troubles mentaux.
- La dépression peut être traitée avec succès par des antidépresseurs et par des interventions psychologiques.
- Dans les cas de schizophrénie, la réinsertion psychosociale et la thérapie familiale associées aux médicaments peuvent faire tomber le taux de rechute de 50 % à 10 %.
- Il est démontré que, pour les consommateurs occasionnels, de brèves interventions peuvent réduire la consommation d'alcool de 30 %.
- Le traitement de la pharmacodépendance est d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire la consommation de drogues (entre 40 % à 60 %).

5. Tendances des réformes des systèmes de santé dans le monde et leurs effets dans le secteur de la santé mentale

Les 30 années écoulées ont été témoins de grandes réformes dans le secteur de la santé en général et dans le secteur de la santé mentale en particulier. La décentralisation et les réformes du financement de la santé sont les deux grandes nouveautés dans les systèmes de soins de santé généraux. Ces questions sont importantes pour la santé mentale parce que l'on est de plus en plus conscient de la nécessité de financer correctement les services de santé mentale et que l'accent est mis sur l'intégration de ces services dans les systèmes de soins de santé généraux.

5.1 Décentralisation

La décentralisation est le transfert aux gouvernements locaux de la responsabilité de fournir les services de santé qui incombait au gouvernement central (Cassels, 1995). Avant sa mise en oeuvre, les systèmes de santé étaient en grande partie des structures publiques administrées directement par le département de la santé au sein du gouvernement central. Celui-ci était donc responsable du financement, de l'application des politiques, de la réglementation et de l'exploitation des services aux niveaux tertiaire, secondaire et primaire du système de santé.

La décentralisation a commencé dans les pays industrialisés puis a influencé la structure des systèmes dans les pays en développement. La décentralisation des services de santé publique a été rapidement adoptée par les pays en développement pour plusieurs raisons, et en particulier les suivantes : changements dans les systèmes économiques et politiques nationaux sous la pression de la mondialisation économique ; perception du fait que les services prévus pour répondre aux besoins locaux sont plus aptes à y répondre ; bouleversement des systèmes provoqué par des troubles civils et des déplacements de population.

5.2 Réformes du financement de la santé

Les réformes du financement de la santé sont en grande partie dues au désir d'améliorer l'accès aux soins de santé, de faire progresser l'équité dans la prestation des services de santé et de promouvoir l'utilisation de technologies rentables pour en tirer les meilleurs résultats possibles au bénéfice des populations. Cependant, les gouvernements ont aussi vu ces réformes comme un moyen de maîtriser les coûts de santé et d'en étendre la charge à d'autres intervenants, en particulier les utilisateurs des services.

On citera, parmi les réformes, celles qui touchent la collecte des contributions et font appel à la mise en commun des recettes, et celles qui touchent l'achat des services de santé. (Voir Financement de la santé mentale et Planification et budgétisation des services de santé mentale).

La décentralisation de la fourniture de services de santé fait partie d'une tendance mondiale à la décentralisation provoquée par les réformes économiques.

Les réformes du financement de la santé répondent à un désir d'améliorer les résultats et de maîtriser les coûts des soins de santé.

5.2.1 Collecte des contributions

Les systèmes de santé sont financés par diverses sources, dont les impôts, les contributions imposées ou volontaires à une assurance-maladie, les paiements directs et les dons. La plupart des pays à revenu élevé comptent sur l'impôt ou les contributions à un système social d'assurance-maladie, alors que dans les pays à faible revenu, le financement par le paiement direct est plus courant (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*). On s'accorde très généralement à penser que les systèmes de paiement préalable de toutes sortes, y compris l'impôt et l'assurance-maladie obligatoire ou volontaire sont plus justes que ceux qui reposent sur le paiement direct.

Il est donc préconisé d'adopter le prépaiement et de réduire la proportion des paiements directs. Dans les cas où les moyens de prépaiement sont insuffisants, il conviendrait d'envisager un élément de contribution directe au moment du recours au service sous forme de copaiement pour des interventions spécifiques, de façon à réduire la demande. Le copaiement a pour effet de rationner le recours à telle ou telle intervention spécifique, mais n'en réduit pas nécessairement la demande.

5.2.2 Mise en commun

La mise en commun des ressources est un moyen de répartir les risques entre les utilisateurs des systèmes de santé. Les systèmes de prépaiement de toutes sortes facilitent ce processus, mais qu'ils ouvrent, ou non, un meilleur accès aux services de santé mentale à ceux qui en ont le plus besoin dépend de la nature exacte des arrangements. La mise en commun est fondée sur les principes selon lesquels les gens en bonne santé doivent subventionner les malades, et les riches subventionner les pauvres. Si elle est fondée uniquement sur le risque sanitaire, les subventions peuvent régresser, car alors ce sont les pauvres à faible risque qui subventionnent les riches à haut risque. C'est pourquoi, pour redistribuer le risque et assurer l'équité, la plupart des systèmes de santé sont fondés sur le subventionnement croisé qui associe risque et revenu (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*).

5.2.3 Les achats

Séparer les achats de services de santé de leur fourniture est une tendance mondiale. Dans le passé, une seule organisation, avec contrôle central, assurait ces fonctions. La décentralisation s'est accompagnée d'une séparation entre acheteurs et prestataires de services. En outre, on tend à abandonner le système d'achat passif, c'est-à-dire conforme à un budget prédéterminé ou consistant à payer les factures lorsqu'elles sont présentées, pour adopter des stratégies d'achat actives. C'est ce qui se produit dans beaucoup de pays, dont le Chili, la Hongrie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Cette stratégie vise à maximiser les résultats des systèmes de santé pour les personnes et les populations grâce à la décision réfléchie d'acheter des interventions spécifiques efficaces aux fournisseurs qui offrent le meilleur rapport coût/efficacité.

Les systèmes de prépaiement sont plus justes que les autres formes de paiement des services de santé.

La mise en commun des ressources est basée sur le principe du subventionnement des plus mal lotis quant aux moyens financiers et à la santé par les mieux lotis dans ces domaines.

On a tendance à séparer l'achat de services de santé et leur fourniture.

5.3 Les possibilités et les risques que présentent les réformes dans le domaine de la santé mentale

Les réformes du secteur de la santé ouvrent des perspectives aux services de santé mentale mais sont aussi source de risques importants. Dans un processus rationnel de prise de décision, la charge de morbidité évidente que représente la santé mentale, et la possibilité d'avoir recours à des interventions efficaces devraient conduire à consacrer davantage de ressources financières et humaines à la santé mentale (promotion, prévention, traitement et réinsertion). Réformer le système de santé est l'occasion de réorienter les ressources disponibles vers la santé mentale, même lorsque les ressources à consacrer à la santé sont constantes au total.

Les réformes du secteur de la santé offrent aussi la possibilité d'intégrer les services de santé mentale dans les soins de santé généraux, en particulier au niveau des soins de santé primaires. L'intégration aux soins primaires augmente les possibilités de couverture universelle (y compris dans le secteur de la santé mentale) sans accroissement important des apports financiers et administratifs. L'intégration des soins fait reculer la stigmatisation qui frappe ceux qui cherchent de l'aide auprès de services de santé mentale autonomes.

Dans les pays à faible revenu qui souffrent d'une pénurie aiguë de professionnels de la santé mentale, la prestation de services de santé mentale dans le cadre des soins de santé généraux est la stratégie la plus viable si l'on veut faciliter aux populations mal desservies l'accès aux services de santé mentale. Comme on l'a noté plus haut, les problèmes qui tiennent au mental et ceux qui tiennent au physique sont très étroitement associés. Les personnes atteintes de troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété se présentent souvent aux services de soins de santé primaires généraux avec des symptômes somatiques. Un service intégré encourage le diagnostic précoce et le traitement de ces troubles et réduit ainsi les incapacités. Parmi d'autres avantages possibles, on notera la fourniture de soins dans la communauté et la possibilité de faire participer la communauté aux soins (voir Organisation des services de santé mentale). Cette stratégie ne peut fonctionner que si le personnel des services de santé généraux acquiert les connaissances et les compétences voulues dans le domaine de la santé mentale.

Cependant, la réforme du secteur de la santé comporte aussi des risques, notamment la marginalisation des services de santé mentale lorsque la restructuration réduit encore la place faite à ces services.

Comment cela se produit-il? La santé mentale peut disparaître des préoccupations qui commandent la planification d'un système local du fait que la décentralisation aboutit à transférer aux pouvoirs locaux des responsabilités de gestion et d'administration qui incombent au pouvoir central. Dans les pays en développement qui souffrent d'une pénurie aiguë de professionnels de la santé mentale formés, il y a peu de chances que les directeurs et administrateurs locaux

Les réformes du secteur de la santé sont porteuses aussi bien de possibilités nouvelles que de risques pour les services de santé mentale.

Les réformes du secteur de la santé offrent la possibilité d'intégrer les services de santé mentale dans les soins de santé généraux.

Les réformes du secteur de la santé comportent des risques importants pour les services de santé mentale.

La santé mentale peut facilement disparaître de la planification des services de santé lorsque ceux-ci sont

se rendent compte des services de santé mentale dont les populations locales ont besoin. Dans ce cas, les services décentralisés risquent de négliger les questions de santé mentale ou de ne pas les traiter comme il convient. La décentralisation peut alors jouer contre l'intégration dans les services de santé généraux des services de santé mentale parce que l'on n'a pas donné à celle-ci l'importance qu'elle mérite. Un effort concerté est donc requis pour que la réforme du secteur de la santé tienne compte de la santé mentale.

Avec la décentralisation, les services risquent aussi de se fragmenter et de faire double emploi, ce qui aboutit à une utilisation inefficace des ressources, faute d'économies d'échelle.

Un autre risque est que le transfert de responsabilités (dévolution) soit cause de différences importantes dans la prestation des services de santé mentale entre les régions responsables. Les sociétés démocratiques tendent à favoriser la majorité plutôt que l'égalité étant donné la nature des processus politiques et décisionnels. Les régions qui bénéficient de la décentralisation rapprochent la prise de décision de la population et sont donc des proies très convoitées, en ce sens que les décisions peuvent devenir l'enjeu de considérations autres que la santé, le souci de répondre aux besoins des bénéficiaires et la justice dans le domaine financier (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*). Les personnes atteintes de troubles mentaux sont socialement désavantagées de bien des façons, y compris par la privation effective de leurs droits dans beaucoup de sociétés. La dévolution peut donc conduire à l'exclusion du processus de prise de décision et à négliger leurs besoins de services de santé physique et mentale.

Le paiement d'un service sur place (paiement direct, copaiement) limite l'accès aux services et risque d'exclure les membres les plus pauvres de la société qui, paradoxalement, sont ceux qui ont en général le plus besoin d'un service de santé mentale (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*). De plus, les malades mentaux, en particulier ceux dont le mal, comme la schizophrénie, est chronique et grave, n'ont généralement pas les ressources financières personnelles voulues pour payer les services. Pour cela, ils dépendent des personnes qui prennent soin d'eux et de leur famille. Dans les pays en développement, les familles sont devant un choix difficile lorsqu'il s'agit de consacrer des ressources limitées au traitement d'un membre de la famille atteint de troubles mentaux graves.

La stratégie d'achat suppose aussi des risques non négligeables pour la fourniture de services de santé mentale. Pour y recourir, il faut disposer d'informations sur l'efficacité des diverses interventions applicables à un problème de santé particulier. Dans beaucoup de pays, cependant, en particulier des pays en développement, ces données sont rarement disponibles. En outre, l'achat stratégique suppose le choix entre divers fournisseurs. Cette méthode ne tient pas dans les pays en développement où il y a une pénurie *absolue* de spécialistes de la santé mentale. Ces problèmes font que l'on peut décider de n'acheter *aucun* service de santé mentale. C'est pourquoi il faudrait allouer des ressources permettant de rassembler l'information et de faire des recherches sur la rentabilité des interventions de santé mentale. Il est nécessaire également d'investir généreusement pour accroître le nombre des spécialistes de la santé mentale, en particulier dans les pays en développement.

Les pays ne doivent donc pas oublier ces risques lorsqu'ils songent à décentraliser, et étudier soigneusement la situation pour savoir s'ils sont en mesure de décentraliser malgré les risques. Il faut que les régions disposent des ressources matérielles et humaines nécessaires aux services de santé mentale

décentralisés.

Le paiement d'un service sur place conduit à limiter l'accès aux services et exclut généralement les membres les plus pauvres de la société.

Les réformes touchant le financement peuvent aussi être à l'origine de risques.

pour que la décentralisation soit un succès.

Un moyen de remplir cette condition au niveau national est de spécifier tant le niveau minimum de services de santé mentale à fournir par la région intéressée que la proportion du budget total de la santé à consacrer à ce secteur. Il faut aussi investir dans la formation pour permettre la planification, la gestion et la budgétisation des services.

Points essentiels : Réformes du secteur de la santé – perspectives pour la santé mentale

- Intégration des services de santé mentale dans les services de santé généraux.
- Augmentation de la part du budget de la santé consacré à la santé mentale, à proportion de la charge imposée par les troubles mentaux.

Points essentiels : Réformes du secteur de la santé – risques pour la santé mentale

- Marginalisation des services de santé mentale.
- La décentralisation peut conduire à la fragmentation et à l'exclusion des services spécialisés dans les troubles mentaux.
- S'orienter vers les paiements directs lèse les intérêts des malades mentaux, car ceux-ci n'ont généralement pas les ressources voulues pour cela.
- Les systèmes de mise en commun, comme les systèmes d'assurance publics ou privés, peuvent exclure le traitement des troubles mentaux et donc désavantager les personnes qui en souffrent.

6. Les politiques publiques hors secteur de la santé qui ont une incidence sur la santé mentale

De nombreux facteurs macrosociaux et macroéconomiques extérieurs au secteur traditionnel de la santé ont une incidence sur la santé mentale des populations et des sociétés. Les gouvernements peuvent influencer beaucoup de ces facteurs par leur politique, et ils le font. Les politiques, mesures et programmes publics peuvent avoir un effet favorable comme défavorable sur la santé mentale des populations. Souvent, les gouvernements, les pouvoirs publics, les décideurs et les planificateurs n'en tiennent pas compte ou n'en sont pas conscients.

La pauvreté est l'un des facteurs qui ont l'incidence la plus forte sur la santé mentale. Aussi bien dans les pays à économie de marché que dans les pays en développement, elle est à la fois cause et effet de troubles mentaux. Les pauvres se heurtent à des difficultés dues à leur environnement et à leur état psychologique, qui accroissent leur vulnérabilité face aux troubles mentaux (Patel, 2001). Ils se heurtent aussi à des obstacles de poids pour bénéficier de services de santé mentale, que ceux-ci soient inabordables ou indisponibles, ou qu'ils ne répondent guère à leurs besoins. Les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier si ces troubles sont chroniques, courent le risque de se retrouver sans abri, sans emploi et exclus de la société, ce qui accroît le risque de pauvreté. Les politiques publiques qui visent à réduire la pauvreté, aussi bien absolue que relative, ont généralement un effet bénéfique notable sur les troubles mentaux.

L'urbanisation est associée à une aggravation des troubles mentaux. Elle accroît le risque de se retrouver sans abri, pauvre et exposé aux agressions de l'environnement, comme la pollution. Elle désorganise aussi la vie de famille classique, ce qui conduit à un affaiblissement de l'appui social (Desjarlais et al., 1995). Dans les pays en développement, l'urbanisation a accompagné le développement économique, l'émergence de l'économie de marché de type classique et l'industrialisation rapide. Les politiques publiques ne visent pas nécessairement à favoriser l'urbanisation, mais les gouvernements peuvent adopter des lois et des politiques pour améliorer le logement et les conditions de vie des populations urbaines.

L'absence de domicile fixe est à la fois un risque de troubles mentaux et un résultat de ces troubles. Les personnes qui vivent dans un logement médiocre se plaindront plus souvent de détresse psychologique et auront une prévalence plus élevée de troubles mentaux que les autres (Sullivan et al., 2000 ; Kamieniecki, 2001). La législation et les politiques nationales relatives au logement qui améliorent cette situation augmentent le parc immobilier et le rendent plus disponible et de meilleure qualité et peuvent avoir un effet heureux sur la prévalence des troubles mentaux.

Les politiques et la législation nationales relatives au logement peuvent aussi être des armes contre la discrimination à l'égard des gens atteints de troubles mentaux dans l'allocation des logements, et leur assurer le même accès aux logements fournis et/ou subventionnés par l'Etat qu'au reste de la population. Les pays peuvent aussi promouvoir la santé mentale en prévoyant des logements prioritaires pour les personnes souffrant depuis longtemps de troubles mentaux, en particulier des logements correspondant à leurs besoins spéciaux, par exemple des foyers, des logements communautaires collectifs ou des logements protégés.

Les politiques publiques de caractère global peuvent avoir des effets tant favorables que défavorables sur la santé mentale.

La pauvreté est un puissant facteur de troubles mentaux.

L'urbanisation, en particulier si elle n'est pas planifiée, est associée à des taux accrus de troubles mentaux.

L'absence de domicile fixe est à la fois une cause et un effet des troubles mentaux.

Ces mesures sont souvent essentielles pour la désinstitutionnalisation et les soins communautaires à long terme. Cependant, elles peuvent être contestées si une forte proportion de la population n'est pas logée.

Chômage et troubles mentaux interagissent fortement. Les chômeurs risquent plus que d'autres la dépression, et leur taux de suicide et d'automutilation a augmenté (Platt, 1984 ; Preti et Miotto, 1999 ; Gunnell et al., 1999 ; Kposowa, 2001). Le chômage peut être particulièrement catastrophique chez les malades mentaux assez âgés qui ont peu de chances de revenir sur le marché du travail. De nombreux pays ont entrepris de réformer et de restructurer leur économie au cours de la décennie écoulée, ce qui se traduit généralement par des changements d'ordre législatif destinés à donner plus de souplesse au marché du travail. Économiquement, cette démarche est logique, mais elle augmente le risque d'une hausse brutale et inattendue du chômage. Procurer un emploi aux gens peut améliorer la santé mentale d'une population de façon spectaculaire.

De bonnes pratiques en matière d'emploi sont essentielles pour la promotion et la préservation de la santé mentale de la population active d'un pays. On peut dire que l'emploi a une influence protectrice sur la santé mentale, mais il ne la garantit pas à lui seul : la nature de l'emploi et l'environnement professionnel sont des facteurs de première importance. Le droit du travail peut promouvoir la sécurité de l'environnement professionnel. La législation dans les domaines du travail et de la sécurité devrait traiter les questions de santé mentale et d'abus de substances.

Les divers types d'aide à l'emploi peuvent offrir des services abordables aux individus tout en proposant une méthode rentable d'amélioration de la productivité des travailleurs, y compris par la gestion. Suivant la situation du pays concerné, il pourrait y avoir là d'excellentes perspectives de partenariat public-privé. Ces programmes pourraient prévoir des interventions internes dans certains cas et, dans d'autres, il faudrait orienter les travailleurs vers une source d'assistance extérieure.

De nombreux pays ont une constitution, des lois et des codes qui interdisent la discrimination fondée sur l'incapacité. Et pourtant, il est toujours difficile aux handicapés, et en particulier aux personnes atteintes de troubles mentaux, d'avoir accès à l'emploi. Cette situation est en grande partie due à la stigmatisation, mais aussi aux difficultés que présente l'emploi de malades mentaux ; par exemple, ils peuvent avoir besoin d'un appui supplémentaire et être victimes de crises graves. Pour contrer cette discrimination, certains pays ont fixé par la loi des objectifs qui obligent les employeurs d'un nombre donné de salariés à employer un certain pourcentage de handicapés. Selon les premières indications, les handicapés mentaux n'ont pas bénéficié de ces stratégies dans les proportions prévues.

Les pays en développement n'ont généralement pas de systèmes de **sécurité sociale** globaux qui atténueraient certains des effets néfastes de la restructuration économique. Les troubles mentaux sont associés à une incapacité non négligeable, et il faut tenir compte de ce fait dans le calcul des pensions d'invalidité. Les familles des malades mentaux et les personnes qui s'en occupent jouent un rôle important en leur permettant de continuer à vivre dans la communauté et en réduisant la charge des soins qui pèsent sur les services de santé. Il est donc justifié de leur offrir des prestations de sécurité sociale.

Le chômage a des effets néfastes sur la santé mentale.

Les systèmes de sécurité sociale devraient assurer la couverture adéquate des troubles mentaux imputables à une incapacité associée.

L'éducation est un important déterminant de la santé mentale future. L'école est l'occasion de dépister assez tôt les problèmes comportementaux et affectifs des enfants, avant la survenue de troubles mentaux majeurs. Par l'école, il est possible également de mener des activités de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale. L'absence d'enseignement secondaire est un facteur prédictif important de problèmes de santé mentale futurs. Les stratégies décourageant l'abandon de l'enseignement secondaire peuvent jouer un rôle important dans la prévention des troubles mentaux, de même que les programmes de formation qui développent l'aptitude à résoudre les problèmes, à s'adapter, à s'affirmer et à avoir des relations interpersonnelles, et les programmes de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les adolescents (Organisation mondiale de la Santé, 2001b).

L'école est l'occasion de prévenir les troubles mentaux.

Les personnes atteintes de troubles mentaux risquent plus d'avoir affaire au **système de justice pénale**, et les personnes incarcérées de souffrir de troubles mentaux que le reste de la population. Il faut adopter des mesures pour prévenir l'emprisonnement inapproprié des malades mentaux et faciliter leur transfert dans des établissements où ils seront traités. Le problème des enfants et des jeunes incarcérés devrait être l'objet d'une législation, de programmes de réinsertion et de programmes impliquant les familles. Les détenus souffrant de troubles mentaux devraient être traités et soignés régulièrement, comme stipulé dans l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (adopté par le Premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des détenus en 1955, et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977).

Les malades mentaux ont souvent affaire à la justice pénale.

Un bon nombre des facteurs socio-économiques ci-dessus sont inextricablement liés. Le lien est donc clair entre pauvreté, urbanisation et absence de logement. L'évolution des politiques dans un domaine donné a invariablement des répercussions dans d'autres et, par contrecoup, sur ce premier domaine. L'effet net de cette dynamique sur la santé mentale peut être favorable ou défavorable. Les gouvernements devraient admettre qu'une réorientation majeure de leurs politiques macrosociales et macroéconomiques se répercutent sur la santé mentale des populations. Il faudrait introduire des mécanismes propres à prévenir les troubles mentaux et/ou à surveiller la situation qui résulte de cette réorientation en ce qui concerne la santé mentale.

Points essentiels : Politiques hors secteur de la santé

- Les politiques macrosociales et macroéconomiques ont des effets directs et indirects notables sur la santé mentale des populations.
- Les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux vont au-delà des frontières sectorielles traditionnelles.
- La pauvreté est l'un des facteurs prédictifs les plus fiables de troubles mentaux. Aussi bien relative qu'absolue, elle a des effets néfastes sur la santé mentale.
- Beaucoup de tendances mondiales, par exemple l'urbanisation, nuisent à la santé mentale des populations.
- Il y a interconnection entre les facteurs socio-économiques, et des politiques nouvelles dans un secteur ont des effets sur les autres secteurs, ce qui peut avoir sur la santé mentale une bonne ou une mauvaise influence.
- Les gouvernements devraient adopter des mécanismes permettant de surveiller les effets des nouvelles politiques économiques et sociales sur la santé mentale.

7. Guide des politiques et des services de santé mentale : objectif et résumé des modules

Les thèmes traités jusqu'ici par le présent document sont la charge mondiale actuelle des troubles mentaux, l'insuffisance des ressources et du financement consacrés à la santé mentale, et les possibilités de remédier à cette situation qui sont offertes par l'évolution récente du traitement des troubles mentaux. De plus, on a indiqué dans leurs grandes lignes les conséquences des récentes réformes du secteur de la santé et les effets des problèmes macroéconomiques et politiques sur la santé mentale.

Les gouvernements ont un rôle crucial à jouer dans la préservation de la santé mentale de leurs populations. Les récents progrès accomplis dans la connaissance et le traitement des troubles mentaux signifient que l'on peut atteindre l'objectif prévu : améliorer la santé mentale des populations. Maintenant, il faut agir.

Le Guide des politiques et des services de santé mentale s'adresse aux pays qui ont besoin d'aide pour régler ces problèmes. Il donne des informations pratiques pour les aider à élaborer des politiques, planifier des services, les financer, améliorer la qualité de ceux qui existent, faciliter les campagnes de sensibilisation à la santé mentale et mettre en place la législation appropriée.

Ce Guide a été rédigé par des experts en matière de politiques et de services de santé mentale, en consultation avec des décideurs et des responsables de la planification des services spécialisés dans divers secteurs, venus du monde entier. Il a été examiné par des ministères de la santé, des organisations non gouvernementales et des organisations nationales ou internationales représentant les consommateurs, les familles, les professionnels ou des gouvernements.

L'objectif des modules, leurs groupes cibles, leur présentation et leur utilisation ont été décrits dans le préambule du présent module. Le contenu des autres modules du Guide est résumé ci-après.

7.1 Politiques, plans et programmes de santé mentale

Introduction

Une politique explicite de santé mentale est un outil essentiel et puissant entre les mains de la section chargée de la santé mentale dans un ministère de la santé. Lorsqu'elle est mise en oeuvre dans le cadre de plans et programmes, elle peut avoir un effet marquant sur la santé mentale d'une population.

Elaboration d'une politique

Une politique de santé mentale repose sur un ensemble organisé de valeurs, de principes et d'objectifs destiné à améliorer la santé mentale et à réduire la morbidité mentale dans une population. Elle définit une vision de l'avenir et permet d'établir un modèle des moyens à mettre en oeuvre pour agir.

La situation actuelle exige que l'on agisse sans délai.

Ce Guide donne des informations pratiques aux pays pour les aider à mettre en place des politiques, à planifier les services, à les financer, à améliorer la qualité de ceux qui existent, à faciliter les campagnes de sensibilisation à la santé mentale, et à élaborer la législation appropriée

Une politique s'élabore selon les étapes essentielles suivantes :

- Etape 1 : **Rassembler des informations et des données pour l'élaboration d'une politique.**
- Etape 2 : Rassembler les données nécessaires à **l'élaboration de stratégies efficaces.**
- Etape 3 : Consulter et négocier.
- Etape 4 : Echanger des informations avec d'autres pays.
- Etape 5 : Présenter l'idéal, les valeurs et principes qui sous-tendent la politique et les objectifs qu'elle vise.
- Etape 6 : Déterminer les domaines d'action.
- Etape 7 : Préciser le rôle principal de chacun des différents secteurs et ses responsabilités.

Elaborer un plan de santé mentale

Les stratégies d'un plan de santé mentale devraient correspondre aux domaines d'action définis par la politique. Elles englobent les activités à mener pour réaliser les objectifs fixés dans ces domaines d'action. Un plan de santé mentale s'élabore comme suit :

- **Etape 1 : Définir les stratégies et calendriers.**
- **Etape 2 : Fixer les indicateurs et objectifs**
- **Etape 3 : Préciser les activités principales**
- **Etape 4 : Estimer les coûts et ressources disponibles et établir le budget en conséquence.**

Elaborer un programme de santé mentale

A part une politique et des plans stratégiques détaillés, il faut définir des programmes avec des objectifs clairement ciblés pour promouvoir la santé mentale, prévenir et traiter les troubles mentaux et réadapter ceux qui en ont souffert. Un programme est souvent mis en oeuvre dans une zone administrative plus petite ou exécuté pendant une durée plus courte que celle d'un plan stratégique.

Problèmes de mise en oeuvre posés par la politique, les plans et les programmes

Une politique de santé mentale peut être mise en oeuvre au moyen des stratégies prioritaires du plan et des interventions prioritaires du programme. Plusieurs mesures sont nécessaires pour appliquer ces stratégies et interventions.

- Etape 1 : Faire connaître la politique.
- Etape 2 : S'assurer un appui politique et un financement.
- Etape 3 : Faire en sorte que l'organisation soit un soutien.
- Etape 4 : Etablir **des projets pilote** dans une zone de démonstration.
- Etape 5 : Renforcer la position des prestataires de services de santé mentale.

- Etape 6 : Renforcer la coordination intersectorielle.
- Etape 7 : Promouvoir l'interaction entre les parties prenantes.

Des exemples spécifiques pris dans certains pays illustrent la mise en place de politiques, plans et programmes d'un bout à l'autre du module.

7.2 Financement de la santé mentale

Le financement est un facteur critique dans la mise en place d'un système de santé mentale viable. C'est le mécanisme d'allocation de ressources grâce auquel les plans et politiques se concrétisent.

Les décideurs et les planificateurs devraient répondre aux questions clés suivantes :

- Comment mobiliser suffisamment de fonds pour financer les services de santé mentale et l'infrastructure requise ?
- Comment affecter ces fonds et organiser la prestation des services de santé mentale de façon qu'ils servent aux besoins et aux priorités définis ?
- Comment maîtriser le coût des soins ?

Il est important de noter que le financement des soins de santé mentale n'est pas une activité isolée, mais qu'il se situe dans des contextes politiques et économiques très disparates. Dans beaucoup de pays, il se fonde dans le financement général de la santé, et souvent n'est pas identifiable. Il est souvent structuré, sinon déterminé, par les objectifs de ce financement général.

Les étapes du financement des services de santé mentale sont les suivantes :

- Etape 1 : Comprendre le cadre général dans lequel se situe le financement des soins de santé.
- Etape 2 : Cartographier le système de santé mentale pour se rendre compte du niveau des ressources du moment et de quelle manière elles sont utilisées.
- Etape 3 : Développer la base de ressources pour les services de santé mentale.
- Etape 4 : Affecter des fonds aux priorités prévues dans la planification.
- Etape 5 : Etablir des budgets pour la gestion et la transparence.
- Etape 6 : Acheter des services de santé mentale de façon à optimiser leur efficacité et leur efficience.
- Etape 7 : Mettre en place l'infrastructure voulue pour le financement de la santé mentale.
- Etape 8. Faire du financement un outil servant à modifier la prestation des services de santé mentale.

7.3 Législation, droits de l'homme et santé mentale

Contexte de la législation de la santé mentale

Cette législation est nécessaire pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont un élément vulnérable de la société. Elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans la plupart des sociétés, ce qui accroît le risque de voir leurs droits humains violés. La législation devrait assurer l'équilibre délicat entre droit de l'individu à la

liberté et à la dignité d'un côté et besoin de protection de la société de l'autre.

Il n'existe pas de législation nationale de la santé mentale dans 25 % des pays du monde, où vivent près de 31 % de la population mondiale, encore que dans ceux qui ont un système fédéral, les Etats aient parfois leurs lois dans ce domaine. Il convient de noter que l'existence d'une législation sur la santé mentale ne garantit pas nécessairement la protection des droits humains des malades mentaux. Même dans certains pays, cette législation contient des dispositions qui conduisent à violer ces droits.

Activités précédant la formulation d'une législation

Un pays qui a décidé de rédiger et d'adopter une nouvelle législation relative à la santé mentale devrait la préparer par une démarche préliminaire susceptible de donner forme au processus, et notamment :

- Circonscrire les principaux problèmes de santé mentale et les obstacles à l'exécution des politiques et plans dans ce domaine.
- Examiner d'un oeil critique la législation en vigueur pour en repérer les lacunes et les écueils.
- Etudier les conventions et les normes internationales relatives aux droits de l'homme.
- Examiner d'un oeil critique la législation relative à la santé mentale en vigueur dans d'autres pays, en particulier ceux qui ont un contexte social et culturel comparable.
- Organiser des consultations et négociations avec toutes les parties prenantes sur les éléments à intégrer éventuellement dans une législation relative à la santé mentale.

Contenu d'une législation relative à la santé mentale

Certains des points les plus importants sont indiqués ci-après.

I) Dispositions de fond d'une législation de la santé mentale

Elles portent notamment sur :

- le principe de la solution la moins astreignante ;
- la confidentialité ;
- le consentement éclairé ;
- le placement volontaire et le placement d'office ;
- le traitement volontaire et le traitement non volontaire ;
- la mise en place d'un organe de contrôle indépendant ;
- la capacité et la tutelle.

II) Dispositions de fond d'autres textes ayant une incidence sur la santé mentale

Il s'agit de dispositions législatives protégeant les droits des personnes atteintes de troubles mentaux dans les secteurs suivants :

- logement ;
- emploi ;
- sécurité sociale.

La législation peut aussi servir à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux. Elle devrait contenir des dispositions spécifiques visant à protéger les droits des groupes vulnérables comme les femmes, les enfants, les personnes âgées et les populations ethniques autochtones, ou encore à renforcer le lien mère-enfant grâce aux congés de maternité, à faciliter le dépistage précoce et la prévention de la maltraitance à enfant, à restreindre l'accès à l'alcool et aux drogues, et des dispositions prévoyant l'institution de programmes de surveillance de la santé mentale à l'école.

Questions posées par l'élaboration de la législation relative à la santé mentale

Il faut confier la tâche d'élaborer la législation à un comité constitué à cette fin. Un avant-projet devrait être présenté pour consultation aux principaux intéressés. La consultation joue un grand rôle dans la recherche des faiblesses du projet, des conflits éventuels avec des lois en vigueur, des questions vitales omises par inadvertance et des difficultés pratiques de mise en oeuvre éventuelles.

On peut anticiper les problèmes de mise en oeuvre dès l'élaboration du projet de texte et adopter des mesures correctives à ce stade. Ces difficultés peuvent être soulevées par le manque de fonds, une pénurie de ressources humaines, le manque d'intérêt pour une législation relative à la santé mentale chez les professionnels, les soignants, les familles et le grand public, un manque de coordination dans l'action et, parfois, des problèmes de procédure.

Il faudra financer les activités liées à la mise en oeuvre de la nouvelle législation et donc prendre les dispositions budgétaires voulues.

Un organe de coordination peut aider à respecter le calendrier fixé pour l'application des divers éléments de cette législation, de même qu'une large diffusion de ces textes auprès des spécialistes et des usagers, des soignants, des familles et des organisations de défense des malades mentaux, et qu'un programme soutenu destiné à éduquer le public et à le sensibiliser davantage.

7.4 Sensibilisation à la santé mentale

Le concept

C'est un concept relativement nouveau qui vise à atténuer la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir les droits humains des malades mentaux. Il se traduit par toutes sortes d'activités destinées à lever les principaux obstacles dus aux structures et aux attitudes, qui freinent les progrès dans le domaine de la santé mentale des populations.

L'importance de la sensibilisation

L'émergence de mouvements de défense de la santé mentale dans plusieurs pays a aidé à modifier la façon dont les malades mentaux sont perçus. Ces consommateurs ont commencé à formuler leur propre conception des services qu'ils veulent pour satisfaire leurs besoins et prennent de plus en plus souvent des décisions éclairées sur leur traitement et d'autres questions touchant leur vie quotidienne. La participation des consommateurs et de leur famille aux

organisations de sensibilisation peut, en soi, avoir plusieurs effets heureux.

Rôle des différents groupements dans la sensibilisation

I) Rôle des consommateurs et des familles

Ce rôle va de l'influence exercée sur les mesures et la législation à la fourniture d'une aide concrète aux malades mentaux. Les groupements de consommateurs ont aidé à sensibiliser le grand public à leur cause et contribué à éduquer et soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux. Ils ont dénoncé certaines formes de traitement jugées néfastes, la médiocrité de la prestation de services, l'inaccessibilité des soins et le traitement non volontaire.

De leur côté, les familles ont un rôle important auprès des malades mentaux, en particulier dans les pays en développement. Dans beaucoup d'endroits, elles dispensent les soins primaires et leurs organisations sont irremplaçables en tant que réseaux d'appui. Outre qu'ils apportent appui et services mutuels, de nombreux groupements familiaux sont devenus militants, éduquant la communauté, obtenant un appui accru des décideurs, dénonçant la stigmatisation et la discrimination et luttant pour l'amélioration des services.

II) Rôle des organisations non gouvernementales

Ces organisations peuvent être professionnelles, c'est-à-dire que leurs membres sont tous des professionnels de la santé mentale, ou interdisciplinaires, en ce sens que leurs membres viennent de divers horizons. Les organisations non gouvernementales peuvent jouer dans la sensibilisation une grande partie du rôle des consommateurs et des familles décrit ci-dessus. Leur principale contribution au mouvement de sensibilisation consiste à soutenir les malades mentaux et leur famille et à leur donner les moyens de se faire entendre.

III) Rôle des agents des services de santé généraux et des agents des services de santé mentale

Les agents des services de santé généraux peuvent jouer un grand rôle dans la protection des droits du consommateur et dans la sensibilisation à la nécessité d'améliorer les services, mais il peut y avoir conflit d'intérêts entre agents de santé et consommateurs.

IV) Rôle des décideurs et des planificateurs

Les ministères de la santé, et en particulier leurs services de santé mentale, peuvent et doivent jouer un rôle important dans la sensibilisation. Ils peuvent mettre en oeuvre directement des mesures de sensibilisation pour agir sur la santé mentale des populations et sur les droits civils et les droits à la santé des consommateurs. Ils peuvent aussi avoir indirectement un impact comparable ou complémentaire sur les populations en soutenant les organisations de sensibilisation (consommateurs, familles, organisations non gouvernementales, agents de santé mentale). Il faut que chaque ministère de la santé convainque les autres décideurs, y compris l'exécutif – le ministère des finances entre autres –, le judiciaire, le législatif et les partis politiques, de prêter la plus grande attention à la santé mentale et d'investir dans ce domaine. De plus, les ministères de la santé peuvent organiser toutes sortes d'activités de sensibilisation en travaillant avec les médias.

Il peut y avoir des contradictions dans les activités de sensibilisation des ministères de la santé. Certains des points sur lesquels porte la sensibilisation peuvent aussi faire partie de leurs responsabilités, au moins partiellement. S'ils fournissent des services et sensibilisent en même temps à l'accessibilité et à la qualité des services, par exemple, ils peuvent prêter le flanc à la critique de l'opposition.

Comment les ministères de la santé peuvent soutenir la sensibilisation

Les ministères de la santé peuvent soutenir les activités de sensibilisation avec :

- les groupements de consommateurs, les groupements de familles et les organisations non gouvernementales ;
- les agents des services de santé généraux et les agents des services de santé mentale ;
- les décideurs et planificateurs ;
- le grand public.

7.5 Amélioration de la qualité des services de santé mentale

Quiconque a besoin de soins de santé mentale de base devrait pouvoir y accéder. Cela signifie que ces soins doivent être abordables, équitables, situés à proximité, disponibles à qui les demande volontairement et de qualité convenable. Dans beaucoup de pays, ils restent minimaux et sont loin de respecter ces principes. Dans un contexte où les ressources sont insuffisantes et où la santé mentale est une priorité toute nouvelle, il peut sembler prématuré de se soucier de qualité. Ce point paraît plus approprié lorsque les systèmes sont bien établis et bien financés que lorsqu'ils sont de création récente.

Pourquoi la qualité des soins de santé mentale est-elle importante ?

La qualité est importante dans tous les systèmes de santé mentale pour diverses raisons. Du point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux, une bonne qualité signifie qu'elles reçoivent les soins qu'elles demandent et que leurs symptômes et leur qualité de vie s'améliorent. Du point de vue des membres de la famille, cela signifie qu'un appui financier leur est fourni et qu'ils sont aidés dans leurs efforts pour préserver l'intégrité de la famille. Du point de vue des prestataires de services ou des directeurs de programme, cela signifie que l'efficacité et l'efficience sont assurés. Du point de vue des décideurs, c'est le moyen d'améliorer la santé mentale des populations et d'assurer la transparence des comptes et le bon usage de l'argent.

Qu'est-ce que la qualité ?

S'agissant des soins de santé mentale, la qualité est la mesure dans laquelle les services augmentent les chances d'obtenir les résultats voulus et correspondent à la pratique du moment fondée sur des faits concrets. Pour les gens qui souffrent de troubles mentaux, leur famille et la population dans son ensemble, cette définition souligne que les services doivent donner des résultats positifs. Pour les praticiens, les planificateurs des services et les décideurs, elle met l'accent sur l'usage le mieux adapté des connaissances et de la technologie du moment.

Les étapes de l'amélioration de la qualité

Ces étapes sont cycliques. Une fois établies les politiques, les normes et les procédures d'accréditation, l'amélioration ininterrompue de la qualité des soins exige le contrôle ininterrompu des services, l'intégration des stratégies d'amélioration de la qualité dans la gestion, et l'amélioration des services.

Etape 1 : Harmoniser les politiques pour améliorer la qualité.

Les décideurs ont un rôle de premier ordre dans la quête de la qualité. Ils sont en mesure d'établir les paramètres généraux de la qualité grâce aux consultations, aux partenariats, à la législation, au financement et à la planification.

La consultation avec toutes les parties prenantes est nécessaire, tant pour élaborer les politiques que pour les étapes ultérieures de l'amélioration de la qualité. Les décideurs devraient s'efforcer de développer les **partenariats** avec des groupements professionnels, des établissements universitaires, des groupes de soutien, le secteur des services de santé et celui des services sociaux. Ces partenariats sont le socle de l'amélioration de la qualité, et grâce à eux ce processus peut se poursuivre sur le long terme. Ils sont les artisans du consensus et de la cohérence dans les messages sur la nécessité de la qualité ; ils peuvent aussi être une force de mobilisation pour la recherche des ressources et autres appuis nécessaires. Les décideurs devraient promouvoir une **législation** qui traduise le souci de la qualité et souligne son importance. Les systèmes de **financement** des soins de santé mentale devraient être harmonisés de façon à maximiser la qualité et à ne pas faire obstacle à son amélioration. Progresser dans l'efficacité est un objectif essentiel aussi bien à l'amélioration de la qualité qu'à la maîtrise des coûts.

Etape 2 : Elaborer un recueil de normes en consultation avec toutes les parties prenantes.

Pour améliorer la qualité des services de santé mentale, il est essentiel d'élaborer un ensemble de normes permettant de mesurer les services. Pour cela, il faut que les planificateurs et les responsables établissent un groupe de travail, consultent les parties prenantes compétentes et rédigent un recueil de normes couvrant tous les aspects du service considéré, domaine par domaine.

Etape 3 : Etablir des procédures d'accréditation conformément aux critères du recueil de normes.

L'accréditation est l'occasion d'évaluer la qualité des soins dispensés par les services de santé mentale et de leur accorder la reconnaissance juridique appropriée. C'est une étape essentielle, car elle fait de la qualité le critère de base de la délivrance d'une licence officielle aux services ou installations de santé mentale.

Etape 4 : Contrôler les services de santé mentale en s'appuyant sur le recueil de normes et les procédures d'accréditation.

Il faut contrôler les services de santé mentale pour évaluer la qualité des soins. Ce contrôle peut prendre plusieurs formes : utilisation des normes pour une évaluation annuelle des services, utilisation des procédures d'accréditation pour évaluer et accréditer les nouveaux services mis en place et pour examiner le fonctionnement des services, collecte régulière d'informations grâce au système

d'information en place, consultation des organisations indépendantes de malades mentaux, des soignants et des groupes de soutien.

Etape 5 : Intégrer l'amélioration de la qualité dans la gestion et la prestation des services.

Outre qu'ils sont contrôlés au moyen des normes et des procédures d'accréditation, les services doivent absolument poursuivre l'amélioration de la qualité des soins, processus continu de recherche de la qualité optimale.

Les moyens d'y parvenir sont les suivants :

- contrôler la qualité des services chaque année ;
- prévoir la vérification de la qualité dans les objectifs de la planification des services ;
- intégrer l'amélioration de la qualité dans la pratique clinique en s'appuyant sur la pratique fondée sur les faits, les directives concernant la pratique clinique, le travail en équipe et la formation continue ;
- améliorer la qualité lors de la sous-traitance de services ;
- procéder à des contrôles.

Etape 6 : Réformer ou améliorer les services s'il y a lieu.

L'évaluation de la qualité d'un service de santé mentale peut mettre en relief la nécessité de le réformer radicalement ou de l'améliorer. Cette mesure peut exiger une planification concertée et la coordination de divers secteurs.

Etape 7 : Contrôler les mécanismes assurant la qualité.

Une fois en place, ces mécanismes devraient être contrôlés en même temps qu'est fait le point sur les objectifs des services au niveau local, c'est-à-dire tous les 5 à 8 ans environ. Cette mesure est nécessaire pour moderniser les mécanismes en se fondant sur les données concernant les méthodes d'amélioration de la qualité les plus efficaces.

7.6 Organisation des services de santé mentale

Les services de santé mentale sont le moyen d'assurer les interventions. La façon dont ils sont organisés a une grande influence sur leur efficacité et sur la réalisation finale – ou la non-réalisation – des objectifs fixés par les politiques nationales de santé mentale.

Description et analyse des services de santé mentale

On peut considérer différents types de services de santé mentale. La classification qui suit n'est pas une recommandation sur la manière d'organiser ces services, mais une tentative de cartographie générale de la diversité des services que l'on trouve dans le monde.

- I) Les services de santé mentale intégrés dans les systèmes de santé généraux peuvent être regroupés d'une façon générale en deux catégories selon qu'ils sont dispensés à titre de soins primaires ou dans des centres hospitaliers.

- II) Les services communautaires de santé mentale peuvent être institutionnels ou informels.
- III) Les services institutionnels sont les établissements psychiatriques qui proposent des services spécialisés et les hôpitaux psychiatriques moins spécialisés.

Organisation actuelle des services

Si l'on considère les pourcentages, très peu de pays ont la combinaison optimale de services. A cet égard, on peut tirer deux conclusions importantes des situations observées dans le monde. D'abord, les services de santé mentale sont un défi aussi bien pour les pays en développement que pour les pays développés, bien que ce défi ne soit pas le même pour tous. Ensuite, augmenter le prix des services de spécialistes n'est pas la réponse aux problèmes. Même sans dépasser les ressources limitées qui sont affectées aux services de santé dans presque tous les pays, on peut améliorer notablement la prestation des services de santé mentale en réorientant les ressources vers des services qui soient moins chers, dont les résultats soient raisonnablement bons et dont bénéficie un pourcentage assez élevé de la population.

Recommandations sur l'organisation des services

Une question se pose aux planificateurs des services : déterminer exactement la combinaison de services de santé mentale et le niveau de services fournis par telle ou telle voie. En chiffres absolus, les besoins en services d'une sorte ou d'une autre varient beaucoup selon les pays mais, en proportion du total des services, ils sont grosso modo les mêmes dans tous les pays.

Il est clair que les services de santé mentale informels assurés par la communauté et les services dispensés par le personnel des soins primaires devraient être les plus nombreux, suivis par les services psychiatriques des centres hospitaliers, les services communautaires institutionnels de santé mentale et, enfin, les services spécialisés des établissements psychiatriques.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- I) Intégrer les services de santé mentale dans le système de santé général.
- II) Mettre en place des services de santé mentale communautaire institutionnels et informels.
- III) Promouvoir et mettre en oeuvre la désinstitutionnalisation.

Principaux points à considérer dans l'organisation des services de santé mentale

Pour organiser les services de santé mentale selon les principes ci-dessus, il faut tenir compte de la base factuelle concernant les interventions de santé mentale, des besoins très particuliers des malades mentaux, des moyens qui permettent aux communautés et aux patients d'avoir accès aux services, et d'autres questions structurelles d'importance, comme la nécessité d'une collaboration intersectorielle.

Les systèmes de soins de santé devraient aussi être axés sur les besoins spécifiques des nombreuses personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et de longue durée. Celles-ci sont mal desservies par un modèle de soins de courte durée, qui privilégie le traitement vigoureux des épisodes aigus dans l'espoir que la plupart des patients recouvreront la santé assez complètement et n'auront pas besoin d'autres soins jusqu'à l'épisode suivant, s'il y a en a un. Il est plus approprié de dispenser des soins continus en donnant toute son importance à la nécessité de tenir compte de la totalité des besoins de la personne, notamment sur les plans social, professionnel et psychologique.

Les chemins qui mènent les malades mentaux aux prestataires de services de santé mentale ne sont pas les mêmes dans les pays développés et dans les pays en développement où les systèmes de santé se situent à des niveaux différents. Ils sont parfois bloqués, ce qui retarde l'accès à l'aide recherchée et augmente le risque de résultats médiocres à long terme.

Les planificateurs devraient aussi s'efforcer d'éliminer les disparités entre zones urbaines et zones rurales dans la fourniture de services de santé mentale.

De nombreux services de santé mentale se caractérisent par une approche axée sur les services, ce qui, contrairement à une approche axée sur les besoins, est source d'importants obstacles à l'accès, en particulier pour les gens souffrant de troubles mentaux graves, dont les besoins vont au-delà des interventions purement médicales et thérapeutiques. On s'achemine vers des modèles de prestation de services axés sur les besoins, qui concernent, par exemple, la prise en charge des cas et des programmes de suivi intensif de proximité. Ces modèles sont une reconnaissance du fait qu'en organisant les services, il faut placer les besoins des patients au centre et adapter les services à ces besoins.

Le seul secteur de la santé ne peut satisfaire les besoins complexes de beaucoup de malades mentaux. La collaboration est nécessaire aussi bien au sein du secteur (collaboration intrasectorielle) qu'entre le secteur de la santé et d'autres secteurs (collaboration intersectorielle).

7.7 Planification et budgétisation pour la fourniture de services de santé mentale

Ce module présente un modèle qui facilite l'évaluation des besoins de soins de santé mentale des populations locales et la planification des services qui en résulte. Il s'agit d'offrir aux pays un ensemble d'outils de planification et de budgétisation utilisables pour la fourniture locale de services de santé mentale.

Les étapes de la planification et de la budgétisation, présentées sous forme de cycle, sont les suivantes.

Etape A : Analyse de la situation.

Cette opération consiste à déterminer la population à desservir, examiner la situation locale des soins de santé mentale, consulter toutes les parties prenantes, voir qui est responsable de la budgétisation et de la planification dans le domaine de la santé mentale, et passer en revue les ressources disponibles pour la santé mentale et l'utilisation des services.

Etape B : Evaluation des besoins.

Les besoins de soins de santé mentale de la population locale sont établis. Cela suppose le calcul de la prévalence, de l'incidence et de la gravité des affections prioritaires, l'estimation des ressources nécessaires en matière de services pour les besoins reconnus et le calcul du coût de ces ressources.

Etape C : Fixation des objectifs.

L'information ainsi recueillie est compilée et des objectifs sont fixés pour la planification future, ce qui signifie que l'on définit les priorités pour les services de santé mentale locaux, que l'on évalue les options qui se présentent pour les priorités les plus urgentes et que l'on fixe des objectifs à moyen terme pour la prestation des services.

Etape D : Réalisation des objectifs.

Les systèmes de budgétisation et de gestion financière devraient alors trouver leur place. Il faut contrôler et évaluer les services pour établir si les objectifs ont été atteints, ce qui conduit à fermer le cycle de la planification et de la budgétisation, cependant que de nouveaux renseignements concernant les services vont pouvoir servir à une nouvelle analyse.

1. LECTURE CONSEILLÉE

1. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav L, ed. Temas de salud mental en la comunidad (serie PALTEX No. 19). Washington DC: OPS.
- 2...Bertolote JM (1998) WHO guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care. New York: John Wiley and Sons.
- 3...Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.

2. REFERENCES

1. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
2. Araya R et al. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-33.
3. Bower P et al. (2000) Randomized controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
4. Breakey WR (1996a) The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
5. Breakey WR (1996b) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
6. Breakey WR (1996c) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
7. Brown GW, Harris TO (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1):143-54.
8. Busfield J (1996) Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan; Open University.
9. Cassels A (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 7:329-47.
10. Chisholm D. et al. (2000) Integration of mental health care into primary care: demonstration of cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 176:581-8.

11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160:3278-85.
12. Cole E et al. (1995) Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167:770-6.
13. Desjarlais R et al. (1995) World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press Inc.
14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.
15. Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000) Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26:5-20.
16. Ferketich AK et al. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9):1261-8.
17. Freeman HL (1996) The evolution of community psychiatry in Britain. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
18. Goeree R et al. (1999) The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:464-72.
19. Gomel MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47:203-11.
20. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
21. Gunnell D et al. (1999) Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175:263-70.
22. Harpham T, Blue I, (1995) *Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction*. In: Harpam T, Blue I eds. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot: Avebury. p. 7-8.
23. Jones L (1996) George III and changing views of madness. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.
24. Kamieniecki GW (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3):352-8.
25. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.

26. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science & Medicine*, 47:419-28.
27. Kind P. & Sorensen J. (1993) The costs of depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7 (3-4):191-5.
28. Knapp MRJ (1997) Cost of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 171:509-18.
29. Kposowa AJ (2001) Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31(1):127-38.
30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88.
31. Maughan B, McCarthy G (1997) Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, 53(1):156-69.
32. Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
33. Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.
34. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.
35. Patel V (2001) Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc. p. 247-61.
36. Reed GM et al. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4):299-307.
37. Rice D. et al. (1990) *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
38. Rice DP, Miller LS (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Schizophrenia*. London: Wiley.
39. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
40. Sharfstein SS (1996) The political and social context of modern community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.

41. Shi L (1999) Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*, 37:1068-77.
42. Sidandi P. et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
43. Sriram TG. et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81:414-7.
44. Somasundaram DJ. et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.
45. Spiegel D. et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668):888-91.
46. Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10):444-50.
47. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
48. Ward E. et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.
49. World Bank (1993) *World development report: investing in health*. New York: Oxford University Press Inc.
50. World Health Organization (2000) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
51. World Health Organization (2001a) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
52. World Health Organization (2001b) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/en> (previous reports).
53. Wutzke SE, et al. (2001) Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52:863-70.
54. Ziegelstein RC. et al. (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160:1818-23.