

Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions



Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions

Rapport de la Conférence ministérielle
européenne de l'OMS





Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions

Rapport de la Conférence ministérielle
européenne de l'OMS

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la
Conférence ministérielle européenne de l'OMS

1.Santé mentale – congrès 2.Service santé mentale 3.Politique sanitaire
4.Planification santé 5.Traité 6.Europe

ISBN 92 890 2377 5

(Classification NLM : WM 105)

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation,
d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site
Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : [http://www.euro.who.int/
PubRequest? language=French](http://www.euro.who.int/PubRequest? language=French).

ISBN 92-890-2377-5

© **Organisation mondiale de la santé 2006**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette 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 de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. 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 que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Imprimé au Danemark

Table des matières

Sigles et abréviations	vi
Remerciements.....	vii
<i>Avant-propos</i>	ix
<i>Avant-propos</i>	x
1. La santé mentale en Europe – le contexte.....	1
2. Principales problématiques et grands défis.....	5
3. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe	9
4. Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe	17
5. Services de santé mentale en Europe et déficit thérapeutique.....	31
6. Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe.....	39
7. Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux	47
8. Santé mentale et vie professionnelle.....	57
9. Alcool et santé mentale	65
10. La prévention du suicide.....	73
11. Santé mentale des enfants et des adolescents.....	81
12. Accès à des soins primaires en santé mentale de qualité	91
13. Les soins de santé mentale dans les services de proximité.....	97
14. Ressources humaines et formation dans le domaine de la santé mentale	103
15. Législation de la santé mentale.....	109
16. Responsabilisation et sensibilisation en matière de santé mentale.....	115
17. L'économie de la santé mentale en Europe.....	125
18. L'information et la recherche sur la santé mentale.....	133
19. Les perspectives.....	139
Annexe 1. Participants à la Conférence	145

Sigles et abréviations

Organisations et programmes

ESEMeD	étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux
HEN	Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS
IMHPA	Promotion de la santé mentale en action (réseau)
NEI	nouveaux États indépendants de l'ex-URSS
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisations non gouvernementales
ŠENT	Association slovène de santé mentale
STAKES	Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé
UE	Union européenne
VVGG	Association flamande pour la santé mentale
WHO-AIMS	Instrument d'évaluation de l'OMS pour les systèmes de santé mentale
WHO-CHOICE	Choix d'interventions rentables
WPA	Association mondiale de psychiatrie

Termes techniques

ASD	autisme ou troubles apparentés
AVCI	années de vie corrigées du facteur invalidité
AVI	années vécues avec une invalidité
CIM 10	dixième Classification internationale des maladies
ISRS	inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine
PNB	produit national brut
R & D	recherche et développement
RMI	revenu minimal d'insertion
SPT	stress post-traumatique
THADA	trouble hyperkinétique ou trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention

Remerciements

Le personnel du programme de santé mentale du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est reconnaissant aux nombreux experts qui ont apporté leur aide à la préparation de cette publication. Nous tenons à remercier particulièrement les personnes suivantes pour leur aide à la rédaction de certains chapitres :

- Pr David J. Hunter, Politique et gestion de la santé, Wolfson Research Institute, Université de Durham (Royaume-Uni) (chapitre 2) ;
- Dr Shekhar Saxena et Dr Pratap Sharan, Santé mentale : bases factuelles et recherche, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Siège de l'OMS (chapitre 5) ;
- Dr Lars Jacobsson, Département de psychiatrie, Université d'Umeå (Suède) et Dr Hédinn Unnsteinsson, conseiller technique, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (chapitre 6) ;
- Dr Eva Jané-Llopis, Centre de recherche sur la prévention, Université de Nimègue (Pays-Bas) (chapitre 7) ;
- Dr Ivan Ivanov, Coordination et partenariats pour l'environnement et la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (chapitre 8) ;
- M. Dag Rekve, chef du programme Alcool et toxicomanie et Dr Lars Møller, chef du projet Santé en prison et du Système européen d'information sur les drogues, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (chapitre 9) ;
- Dr Leen Meulenbergs, ministère de la Santé (Belgique), Dr José Manoel Bertolote, coordinateur, Maladies non transmissibles et santé mentale, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales, Siège de l'OMS et Mme Roxana Radulescu, Santé mentale Europe (chapitre 10) ;
- Dr Myron Belfer, conseiller principal, Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Siège de l'OMS (chapitre 11) ;
- Mme Nathalie Jane Drew et Dr Michelle Karen Funk, Politique de santé mentale et développement de services, Siège de l'OMS et Dr Crick Lund, Université du Cap (Afrique du Sud) (chapitres 12, 13 et 15) ;
- Dr Margaret Grigg, ministère des Services humains, Victoria (Australie) (chapitre 14) ;
- Dr Hédinn Unnsteinsson, conseiller technique, Santé mentale, Collaboration avec la société civile, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (chapitre 16) ;
- M. David McDavid, chercheur, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science (Royaume-Uni) et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (chapitre 17) ;

- Dr Kristian Wahlbeck, professeur de recherche, Santé mentale, Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (chapitre 18).

Nous remercions également le Réseau européen sur l'économie de la santé mentale pour nous avoir permis d'utiliser les informations qu'ils ont collectées au chapitre 17.

Finalement, nous sommes très reconnaissants au ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé pour son soutien financier à la publication de cet ouvrage.

Avant-propos

Les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont réunis lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005 afin d'aborder l'une des principales menaces au bien-être des Européens : l'épidémie de troubles psychosociaux et de problèmes de santé mentale. Grâce à l'investissement consenti à long terme et aux activités menées par de nombreux acteurs et à de multiples occasions, il est possible d'affirmer que la santé mentale, autrefois un sujet ineffable, peut être désormais abordée sans scrupule. Ce domaine est maintenant au centre des préoccupations de la santé publique.

La Conférence ministérielle nous a permis d'unir nos forces en partageant nos points de vue et nos données d'expérience, et les succès rencontrés dans chacun des pays génèrent des bases factuelles dont doivent s'inspirer les activités futures. Nous nous devons tous d'investir dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention. Notre avenir passe en effet par l'élaboration de services intégrés de santé mentale de proximité prenant en charge des citoyens conscients de leurs responsabilités. La Conférence a permis de mettre en lumière les partenariats créatifs entre chercheurs, professionnels, patients, membres de leur famille et responsables politiques, une démarche nécessaire pour faire valoir ce domaine trop longtemps négligé.

La Conférence n'est pas un aboutissement, mais bien le point de départ d'une multitude d'actions de santé mentale dans le contexte de la santé publique. Le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe constitue un défi pour tous les États membres. Les activités énoncées dans le Plan d'action nécessiteront l'engagement d'un grand nombre d'acteurs, et j'espère que le tout nouveau Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion, la prévention et l'élaboration de politiques de santé mentale, établi en Finlande et accueilli par le Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), sera à même d'apporter un soutien ferme aux actions mises en œuvre par l'OMS.

Le gouvernement finlandais tient à remercier non seulement le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour le succès de la Conférence, mais aussi la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, les États membres qui ont rendu possible cet événement d'une importance capitale par leur soutien à la phase de préparation et, finalement, tous les pays qui y ont participé et se sont engagés à ouvrir une nouvelle ère pour la santé mentale.



Liisa Hyssälä
Ministre finlandaise de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

Lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la Santé des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS.

La signature de ces documents symbolise la promesse solennelle faite par les gouvernements de relever les difficiles défis auxquels est confrontée la santé mentale en Europe. Les États membres ainsi que les représentants des organisations professionnelles et non gouvernementales ont tous pris l'engagement ferme et singulier de mener les actions décrites dans la Déclaration et d'œuvrer ensemble dans l'esprit de ce document. Les valeurs européennes d'égalité, d'équité et de solidarité, conformes à la Constitution de l'OMS et à sa politique de la Santé pour tous, sont au centre de la politique de la santé mentale pour ces cinq à dix prochaines années.

La situation actuelle est une source de motivation pour nous tous face aux difficultés qui se présentent. L'amélioration de la santé mentale constitue un très important défi pour chaque pays de la Région dans la mesure où au moins un individu sur quatre souffre de problèmes de santé mentale à un moment de sa vie. Même si les soins et les traitements efficaces sont bien connus, et si l'on sait comment prévenir les troubles mentaux et promouvoir le bien-être, la majorité des personnes concernées ne bénéficient d'aucun traitement ou soutien et, si c'est le cas, ceux-ci restent limités.

Les préjugés et la stigmatisation viennent trop souvent entraver la formulation de politiques, comme en témoignent le non-respect des droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, le niveau peu élevé des services dispensés et le manque de soutien aux activités en la matière. Les pays sont tous confrontés à des contraintes de ressources. Or, leur budget consacré à la santé mentale ne représente en moyenne que 5,8 % de leurs dépenses totales en santé et ce, même si les problèmes de santé mentale concourent à près de 20 % de la charge de morbidité. La dépression, à elle seule, entre pour 6,2 % dans la charge totale de morbidité de la Région européenne de l'OMS.

Malgré tout, les signes sont encourageants. Bon nombre de pays ont entrepris une restructuration de leurs services sur la base des derniers enseignements tirés et données d'expérience. La reconnaissance de la santé mentale comme priorité de la santé publique ne cesse de s'accroître. La Conférence a permis de démontrer que les activités menées en la matière ne se limitent plus exclusivement au traitement en institution de patients atteints de maladies mentales à la fois graves et persistantes. La Déclaration reconnaît que les politiques et les services doivent répondre aux besoins de la population dans son ensemble, des groupes à risque et des individus souffrant de problèmes de santé mentale particulièrement divers. Les activités doivent, par conséquent, être globales et intégrées. Elles doivent viser la promotion de la santé mentale, la mise en place d'interventions rapides en situation de

crise, la dispensation de soins innovateurs de proximité et l'élaboration de politiques d'intégration sociale.

Les engagements pris dans la Déclaration et le Plan d'action se fondent sur des données et des bases factuelles glanées dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. Ensemble, ils constituent une base solide devant motiver les gouvernements, les responsables politiques et les organisations non gouvernementales (ONG), ainsi que l'OMS, à trouver des solutions afin d'améliorer la qualité de la vie de tous les citoyens de la Région européenne. J'attends avec impatience la réalisation de nouveaux progrès en la matière.



Dr Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

1. La santé mentale en Europe – le contexte

Les pays de la Région européenne de l’OMS font face à d’énormes défis dans leurs efforts visant à promouvoir le bien-être mental de leurs populations, à prévenir les problèmes de santé mentale chez les groupes marginalisés et vulnérables, à traiter et à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, et à faciliter leur réadaptation sociale. La santé mentale gagne en priorité dans la Région car on a pris conscience des coûts à la fois économiques et humains pour la société et de la souffrance des individus concernés. La Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005 a permis d’exposer les principaux problèmes et de présenter des solutions viables et applicables dans tous les pays et ce, quel que soit leur niveau d’avancement en matière de santé mentale.

Le présent ouvrage contient les deux principaux résultats de la Conférence, à savoir la Déclaration et le Plan d’action sur la santé mentale pour l’Europe, ces derniers ayant été adoptés par les États membres de la Région en vue d’officialiser leur engagement d’améliorer la santé mentale. Le lecteur trouvera ensuite 14 documents d’information relatifs aux domaines d’activités couverts par le Plan d’action, y compris des exemples d’interventions réussies, ainsi qu’un chapitre envisageant brièvement les perspectives de l’aide apportée par le Programme de santé mentale du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe afin que les États membres puissent atteindre les objectifs ambitieux qu’ils se sont fixés. Le présent chapitre, cependant, est consacré à la situation telle qu’elle existe actuellement dans la Région et au défi que les pays ont promis de relever par le biais de la Déclaration et du Plan d’action.

La charge

La santé mentale constitue un très important défi pour chaque pays de la Région dans la mesure où un individu sur quatre souffre de problèmes de santé mentale à un moment de son existence. L’Europe connaît une très forte prévalence de troubles mentaux. Sur les 880 millions d’habitants que compte la Région européenne, on estime à environ 100 millions le nombre de personnes atteintes d’anxiété et de dépression ; à plus de 21 millions les personnes souffrant de troubles liés à l’abus d’alcool ; à plus de 7 millions les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et d’autres démences ; à environ 4 millions les personnes souffrant de schizophrénie ; à 4 millions les personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires ; et à 4 millions les personnes souffrant de troubles paniques.

Dans la Région, les troubles neuropsychiatriques constituent la deuxième plus grande charge de morbidité après les maladies cardiovasculaires. Ils concourent à 19,5 % de l’ensemble des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI – les

années perdues à cause de problèmes de santé et à la suite d'un décès prématuré). La dépression, à elle seule, est la troisième charge de morbidité par importance, soit 6,2 % du total des AVCI. Les automutilations, ou traumatismes auto-infligés, sont la onzième cause d'AVCI (2,2 %). La maladie d'Alzheimer et les autres démences occupent la quatorzième place dans la comptabilité des AVCI, soit 1,9 %. La prévalence de ces troubles a tendance à augmenter avec l'âge de la population.

Les troubles neuropsychiatriques concourent aussi à plus de 40 % des maladies chroniques et sont principalement à l'origine des années vécues avec une invalidité (AVI). La dépression est la cause la plus importante. D'ailleurs, cinq des quinze principaux facteurs contribuant aux maladies chroniques sont d'origine mentale. Dans bon nombre de pays, les problèmes de santé mentale sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail.

Le suicide est l'une des conséquences les plus tragiques des problèmes de santé mentale. Neuf des pays présentant les taux de suicide les plus élevés au monde se trouvent en fait dans la Région européenne. Selon les toutes dernières données disponibles, environ 150 000 personnes (80 % d'entre elles sont des sujets masculins) mettent volontairement fin à leurs jours chaque année. Le suicide est l'une des principales causes cachées de décès chez les jeunes adultes, la deuxième seulement par importance après les accidents de la circulation chez les 15 à 35 ans.

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation fréquemment liée aux problèmes de santé mentale empêche trop souvent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en la matière. La stigmatisation est en fait la principale cause de la discrimination et de l'exclusion : elle porte préjudice à l'estime de soi, contribue à la dégradation des relations familiales et limite la capacité des malades à socialiser, à obtenir un logement et à trouver un emploi. Enfin, dans certains grands hôpitaux, elle contribue à la violation des droits de l'homme.

Promotion de la santé mentale

Les gouvernements reconnaissent désormais l'importance du bien-être mental pour l'ensemble de leurs populations. Elle est essentielle à la qualité de la vie, tant elle confère un sens à notre existence et nous permet d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale publique permet de renforcer les modes de vie propices au bien-être mental. Les activités de promotion doivent cibler l'ensemble de la population, y compris les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur entourage (les « aidants »). L'élaboration et l'application de plans efficaces de promotion de la santé mentale stimuleront le bien-être mental de tous.

Prévention du stress néfaste et du suicide

Dans de nombreux pays, la population est exposée à un stress néfaste qui attise l'anxiété et la dépression, les troubles dus à la consommation d'alcool et d'autres substances nocives, la violence et les comportements suicidaires. Les pays sont désormais conscients des avantages que peuvent présenter les activités visant à limiter le stress néfaste et de l'importance de réduire les taux de suicide.

Les problèmes de santé mentale ont de multiples origines sociales, allant des troubles individuels aux questions affectant toute une population ou la société. Ils peuvent être suscités ou renforcés dans un grand nombre de milieux, dont le foyer, les établissements pédagogiques ou scolaires, le lieu de travail ou les institutions. Les

groupes marginalisés et vulnérables (par exemple, les réfugiés, les émigrés, les chômeurs, la population carcérale, les personnes sortant de prison, ayant des orientations sexuelles différentes, des invalidités ou souffrant déjà de problèmes de santé mentale) peuvent être particulièrement à risque.

Les services

Dans de nombreux cas, les soins de proximité semblent offrir une meilleure qualité de vie et susciter davantage de satisfaction chez les patients et leur famille que les soins hospitaliers traditionnels. Si l'on assiste, dans la Région, à une diminution du nombre de lits et à la fermeture des institutions, ces changements ne s'opèrent pas partout à un même rythme. Les soins en institution dominent encore dans beaucoup de régions d'Europe. Dans un quart des pays du continent, les services de santé mentale ne sont pas de proximité. Dans certains États, plus de 50 % de l'ensemble des patients sont traités dans de grands hôpitaux psychiatriques. En fait, plus de deux tiers des lits d'hôpitaux accueillant des patients atteints de troubles mentaux se trouvent dans des établissements psychiatriques. Dans certains pays, 85 % du budget alloué à la santé mentale sert au maintien de grands établissements. Dans plus d'un tiers des États, les médecins de famille n'offrent aucun traitement pour les troubles mentaux graves, et il n'existe aucun programme de formation en la matière pour ces médecins ou d'autres professionnels des soins de santé primaires. Un cinquième des pays ne met pas à la disposition des services de soins primaires les trois médicaments psychotropes essentiels (amitriptyline, chlorpromazine et phénytoïne). Un cinquième de ces pays n'a pas non plus de politiques en matière de médicaments thérapeutiques ni une liste de médicaments essentiels.

La qualité des soins dépend largement de la qualité du personnel de santé. Il existe entre les pays d'importants écarts dans le nombre de professionnels de la santé mentale, et la situation est alarmante :

- psychiatres – entre 1,8 et 25 pour 100 000 habitants ;
- infirmiers psychiatriques – entre 3 et 104 pour 100 000 habitants ;
- psychologues – entre 0,1 et 96 pour 100 000 habitants.

Écarts en matière de traitement

Il existe un très important écart entre les besoins de traitement et les services disponibles. Selon une enquête de l'Union européenne (UE) publiée en 2003, 90 % des personnes déclarant souffrir de problèmes de santé mentale n'avaient reçu aucun soin ni aucun traitement au cours des 12 derniers mois. Seulement 2,5 % d'entre elles avaient consulté un psychiatre ou un psychologue. Même dans les pays développés dotés de systèmes de soins de santé performants, entre 44 et 70 % des patients atteints de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitement. Par exemple, rien qu'en Europe occidentale, les résultats de la recherche indiquent qu'environ 45 % des personnes souffrant de dépression ne sont pas traitées.

Coûts et financement

Les troubles de la santé mentale coûtent des milliards de dollars aux économies nationales en termes de dépenses et de perte de productivité. Les coûts humains et économiques sont aussi supportés par les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille dont l'existence peut être gravement affectée.

Certes, si les ressources sont limitées dans tous les pays de la Région européenne, le budget consacré à la santé mentale ne représente en moyenne que 5,8 % des

dépenses totales en santé (soit de 0,1 à 12 %). Une grande proportion de ces budgets est allouée aux services. Peu de ressources sont en fait investies dans la promotion et la prévention.

Responsabilisation

La responsabilisation et la sensibilisation constituent d'importants mécanismes dans la résolution de ces problèmes. Les efforts insuffisants de sensibilisation et le manque de soutien financier aux organisations de patients et de leurs aidants (membres de leur entourage) constituent un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et d'activités adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes concernées. Cette non-participation des patients et de leurs aidants au processus témoigne de la stigmatisation des problèmes de santé mentale et peut renforcer les comportements négatifs en la matière.

Tels sont les défis auxquels la Région européenne de l'OMS doit faire face dans le domaine de la santé mentale. La Déclaration (voir pages 9 à 15) et le Plan d'action (voir pages 17 à 29) sur la santé mentale pour l'Europe, les deux documents adoptés à la Conférence, constituent un signe d'espoir pour les patients, leurs soignants et leur famille, bref pour tous ceux qui veulent améliorer la santé mentale en Europe.

2. Principales problématiques et grands défis

Introduction

Du 12 au 15 janvier 2005, des délégations des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS se sont réunies à Helsinki (Finlande) pour la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et accueillie par le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé. Des ministres et autres hauts responsables se sont rencontrés pour statuer sur les politiques futures en matière de santé mentale dans la Région. Dans les rangs des délégations se trouvaient également des spécialistes médicaux et techniques, ainsi que des représentants de groupes d'utilisateurs des services. Les ministres ont convenu d'une Déclaration et d'un Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe. Ceux-ci seront le moteur de la politique de santé mentale dans la Région au moins pour les cinq années à venir.

Cette Conférence s'est avérée être un moment marquant dans l'histoire de la politique de la santé mentale en Europe, après de nombreuses années de travail laborieux. Elle a également été remarquable par le fait que les États membres ont massivement adhéré à la Déclaration et au Plan d'action.

Les pays de la Région européenne sont confrontés à un formidable défi. Une personne sur quatre souffre en effet de problèmes de santé mentale à un moment de son existence. Par ailleurs, comme la santé mentale est une importante cause de baisse de productivité dans la Région, elle a un coût économique élevé. Des mesures sont requises, non seulement de la part d'individus en particulier, mais aussi de part de la société dans son ensemble, notamment parce que le public garde des préjugés à l'égard de personnes souffrant de troubles mentaux, et que cette stigmatisation entrave le progrès.

Parvenir à un accord est une chose ; respecter les engagements pris et atteindre les objectifs fixés en sont une autre. La Déclaration et le Plan d'action ne demandent rien de moins qu'une mutation profonde dans la nature et la façon de gérer les politiques et les services de santé mentale dans toute la Région européenne. Cela sera plus facile pour certains pays que pour d'autres, mais la Conférence a apporté la preuve que tout le monde s'était embarqué dans le même bateau – les États membres, les ONG et l'OMS – quelle que soit la durée du voyage. Tous les États membres européens ont désormais en commun les principes et priorités qui sous-tendent les politiques futures en matière de santé mentale, et ils ont tous convenu de l'orientation à suivre pour leur donner corps.

La Conférence a marqué la fin du commencement – une première étape capitale. Le présent chapitre se penche sur certains défis à venir.

La santé

Durant toute la Conférence, une attention particulière a été accordée à la nécessité de rééquilibrer la politique de santé mentale afin de réserver une meilleure place à la promotion et, lorsque cela est possible, à la prévention. La santé mentale, tout comme, plus généralement, la politique de santé publique, pâtit de l'importance accordée aux soins aigus en hôpital, qui continuent à mobiliser la plus grande partie des ressources et de l'attention. Bien entendu, les aspects thérapeutiques sont essentiels et certaines disparités subsistent dans la Région européenne. Néanmoins, le traitement ne constitue pas à lui seul la réponse, parce que ses bienfaits sont souvent limités et que toute thérapeutique implique un risque. Le traitement peut aussi entraîner la médicalisation de problèmes sociaux.

Les participants à la Conférence (annexe 1) n'ont pas cherché à détourner les moyens consacrés aux services de soins aigus, soumis à de fortes pressions, mais ont pris comme thème central de la Conférence et de la Déclaration l'importance d'une politique fondée sur des bases factuelles et promouvant la santé mentale.

La réussite passera par de la détermination et un engagement politique. De nombreux pays peuvent attester avoir produit, au fil des ans, de nombreuses déclarations de santé publique hautement valables, à l'aspect attrayant, mais que l'on a omis de mettre en œuvre. À présent que les pays ont affirmé leur engagement envers la Déclaration et le Plan d'action, il convient que cela soit suivi d'effet.

Responsabilisation

Les participants à la Conférence ont beaucoup entendu parler de la notion de responsabilisation des patients (les utilisateurs de services) et de leur famille et amis. Il y a là des problématiques complexes, mais le défi reste de transformer la rhétorique en réalité.

La notion de responsabilisation suscite beaucoup de bonnes paroles, mais des aspects bien ancrés de pouvoir et de statut professionnel sont en jeu ; ceux-ci ne doivent pas être ignorés. Faire entrer les patients et leur famille dans des pratiques et des arènes décisionnelles où régnait jusqu'ici le huis clos peut représenter une menace pour les professionnels, tout en désarmant les patients et les familles. Ce processus doit être transparent et conçu pour profiter à toutes les personnes concernées. Les utilisateurs de services de santé mentale sont des experts en ce qui concerne la maladie qui les affecte et leur état de santé. Il n'est que normal qu'ils deviennent les coproducteurs de leur santé aux côtés des professionnels, et qu'ils soient des partenaires égaux dans cette entreprise.

Aux niveaux stratégique et managérial, les patients et les aidants (leur entourage) contribuent à l'élaboration des politiques et à l'organisation des services. Il reste beaucoup de chemin à parcourir avant que cela ne devienne une pratique habituelle et acceptée. Tout au long de la Conférence, on a évoqué des initiatives efficaces. Elles sont mentionnées dans le corps de cet ouvrage et doivent maintenant s'inscrire dans le courant dominant des politiques et pratiques de santé mentale.

Innovation et solidarité

Aucun système d'organisation des soins n'est parfait, quoique certains soient manifestement plus attrayants et efficaces que d'autres. Différents pays proposent différents systèmes, et devraient considérer la diversité comme un avantage. Les pays devraient être ouverts à l'innovation et au changement, et rechercher de nouvelles manières d'aborder des problèmes familiaux. Les pays ont exprimé leur souhait d'échanger des

informations et des exemples de bonnes pratiques, ainsi que de fournir un soutien actif à ceux qui ne disposent pas des compétences requises.

Le savoir

Il convient d'obtenir de meilleures informations sur les évolutions survenant dans la Région, ainsi que des données comparatives sur les pays européens lorsque cela est indiqué. La collecte de ces renseignements pourrait être la mission d'observatoires de la santé publique, pour lesquels il existe désormais un mouvement européen. La description des problèmes ne nécessite pas de recherches supplémentaires – il en a déjà eu à profusion. Cependant, il convient de mener sans attendre plus d'études pour évaluer le rapport coût-efficacité des interventions et déterminer les moyens qui fonctionnent.

Néanmoins, il est également nécessaire de mettre en application le vaste savoir existant. Même si les connaissances seront toujours lacunaires et devront toujours être étoffées, ces lacunes ne doivent pas devenir une excuse pour l'inaction. Des mesures peuvent être prises sur la base d'informations « acceptables » concernant les solutions efficaces, au lieu d'attendre de disposer de données irréprochables. On sait déjà beaucoup de choses ; souvent, le problème est plutôt que l'on néglige d'agir en fonction de ces connaissances.

Acquisition de connaissances

La nécessité et l'importance de l'acquisition de connaissances dans un pays et, plus particulièrement, par un échange entre pays dans la Région, ont été soulignées plusieurs fois à la Conférence. L'OMS est bien placée et bien équipée pour entreprendre une mission éducative et aider les pays à traduire le savoir en actes.

Par exemple, la recherche et développement (R & D) est trop souvent concentrée sur la recherche, aux dépens du développement. Il convient d'élaborer une stratégie européenne sur la diffusion du savoir et le déploiement de soins de santé mentale organisés en fonction de bases factuelles. L'une des facettes de cette stratégie devrait être une augmentation des investissements dans les possibilités d'apprentissage, élément central du développement. Les services de santé mentale doivent devenir des espaces d'apprentissage ouverts aux idées nouvelles et aux nouveaux moyens de dispenser des soins et d'apporter une assistance. La Région est riche dans sa diversité, et il est possible de tirer beaucoup d'enseignements des diverses pratiques et méthodes de soins adoptées.

Politiques et pratiques intersectorielles

Les ministères de la Santé soutiennent la Déclaration et le Plan d'action, mais en vue d'un changement, d'autres ministères du gouvernement doivent apporter leur soutien. Les ministères des Finances et ceux chargés du logement, de l'enseignement, de la sécurité sociale et de l'emploi doivent tous s'engager au même degré que les ministères de la Santé. En fait, ils peuvent parfois exercer une plus grande influence sur le changement à apporter.

Les ministres de la Santé ont un rôle capital à jouer lorsqu'il s'agit d'inspirer le programme des autres ministères et de les sensibiliser davantage à l'importance de la Déclaration et du Plan d'action. Cela nécessitera de partir en guerre contre le compartimentage de la pensée, qui est le fléau de tous les gouvernements et autres organismes d'envergure. Par ailleurs, le travail de coopération doit s'étendre au secteur du bénévolat et au secteur privé.

Durabilité

En adoptant la Déclaration et le Plan d'action, les pays se sont engagés à rester mobilisés au-delà de la fin de la Conférence. La conception de politiques et de services qui promeuvent la santé mentale, préviennent la maladie et prévoient des thérapeutiques et une réadaptation sociale sera un travail de longue haleine, et non une tâche facile à expédier. Quoiqu'il y aura des changements de ministres et de gouvernements, il conviendra de respecter les engagements politiques pris envers la Déclaration et le Plan d'action pour que les objectifs de ces documents soient atteints.

Mise en œuvre

La mise en œuvre est le défi ultime et le plus important. En effet, elle recouvre tous les autres points mentionnés. Pour qu'il y ait une mise en œuvre, les pays doivent traduire la Déclaration et le Plan d'action en des objectifs politiques réalisables dans leurs systèmes respectifs, et prévoir dès le départ un suivi et une évaluation pour montrer les progrès accomplis ou les obstacles qui les entravent. Parmi les tâches initiales importantes pour les pays, il y aura l'adaptation au contexte qui leur est propre et l'établissement d'un calendrier qui corresponde aux ressources disponibles.

La fixation d'objectifs ambitieux, mais réalisables, et un contrôle destiné à s'assurer que les compétences de direction et de gestion existent et que le personnel peut jouer son rôle sont des missions essentielles. Il est encourageant que plusieurs pays aient proposé leur aide pour les aspects pratiques de ce type, de sorte que les pays ne disposant pas des infrastructures appropriées puissent être épaulés pour répondre à cette nécessité.

Conclusion

Les principaux thèmes mentionnés ici sont les problématiques essentielles dégagées lors des débats de la Conférence. L'autosatisfaction aveugle n'a pas sa place ici. Il est temps de passer des paroles à l'acte, et la Déclaration et le Plan d'action fournissent le moyen de le faire, à un rythme convenu par chaque pays et réaliste en ce qui les concerne.

3. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe

Préambule

1. Nous, ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, en présence du commissaire européen pour la santé et la protection des consommateurs, conjointement avec le directeur régional de l'OMS pour l'Europe, et nous réunissant dans le cadre de la Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki du 12 au 15 janvier 2005, reconnaissons que la santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie et à la productivité des individus, des familles, des populations et des nations, et confèrent un sens à notre existence tout en nous permettant d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. Nous estimons que l'objectif essentiel des actions menées dans le domaine de la santé mentale est d'améliorer le bien-être et le fonctionnement des populations en mettant en évidence leurs points forts et leurs ressources, en accroissant leur résilience et en stimulant les facteurs de protection externes.
2. Nous reconnaissons que la promotion de la santé mentale, la prévention, le traitement, les soins des troubles mentaux ainsi que la réadaptation constituent une priorité pour l'OMS et ses États membres, l'UE et le Conseil de l'Europe, comme indiqué dans plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif de l'OMS, du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et du Conseil de l'UE. Dans ces résolutions, il est demandé instamment aux États membres, à l'OMS, à l'UE et au Conseil de l'Europe de prendre des mesures afin d'alléger la charge des problèmes de santé mentale et d'améliorer le bien-être mental.
3. Nous rappelons notre engagement envers la résolution EUR/RC51/R5 relative à la Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité, et la résolution EUR/RC53/R4 adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2003, et dans laquelle le Comité était préoccupé de constater que le poids de morbidité imputable aux affections mentales en Europe ne diminuait pas, et qu'un grand nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne recevaient pas les traitements et les soins dont elles avaient besoin, malgré l'élaboration d'interventions efficaces. Le Comité régional a prié le directeur régional :

- d'accorder un degré élevé de priorité aux questions de santé mentale lorsqu'il organisera et mettra en œuvre les activités concernant l'actualisation de la politique de la Santé pour tous ;
 - de prendre des dispositions en vue de la tenue, à Helsinki en janvier 2005, d'une conférence ministérielle sur la santé mentale en Europe.
4. Nous prenons acte des résolutions soutenant un programme d'action sur la santé mentale. La résolution EB109.R8, adoptée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2002, appuyée par la résolution WHA55.10 de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2002, appelle les États membres de l'OMS à :
- adopter les recommandations contenues dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* ;
 - adopter des politiques, des programmes et une législation en matière de santé mentale tenant compte des connaissances actuelles et des considérations relatives aux droits de l'homme, en consultation avec toutes les parties concernées ;
 - investir davantage dans la santé mentale, élément constitutif du bien-être de la population, et aussi bien dans les pays que dans la coopération bilatérale et multilatérale.
5. Des résolutions adoptées par le Conseil de l'UE, des recommandations du Conseil de l'Europe et des résolutions de l'OMS remontant jusqu'à l'année 1975 reconnaissent le rôle important de la promotion de la santé mentale et du lien préjudiciable existant entre, d'une part, les problèmes de santé mentale et, d'autre part, la marginalisation sociale, le chômage, l'absence de domicile fixe, et les troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psychoactives. Nous reconnaissons l'importance de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de la Convention relative aux droits de l'enfant, de la Convention européenne sur la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants, de la Charte sociale européenne ainsi que de l'engagement du Conseil de l'Europe envers la protection et la promotion de la santé mentale exprimé dans la Déclaration de sa Conférence ministérielle sur l'avenir de la santé mentale (tenue à Stockholm en 1985) et dans d'autres recommandations adoptées dans ce domaine, en particulier la Recommandation R(90)22 sur la protection de la santé mentale de certains groupes vulnérables de la société et la Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Objet de la Déclaration

6. Nous prenons note de l'évolution d'un bon nombre d'aspects de la politique et des services de santé mentale dans la Région européenne. La politique et les services cherchent à atteindre l'intégration et l'équité sociales par la prise en compte, dans une optique globale, de l'équilibre entre les besoins et les avantages de diverses actions menées dans le domaine de la santé mentale et visant la population dans son ensemble, les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Les soins ne sont plus dispensés de manière exclusive dans de grands établissements isolés dans la mesure où il existe désormais un large éventail de services de proximité. Nous estimons que cette nouvelle orientation est à la fois nécessaire et juste. Nous nous félicitons du fait que les politiques et les pratiques en santé mentale couvrent désormais les aspects suivants :

- i. la promotion du bien-être mental ;
- ii. la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale ;
- iii. la prévention des problèmes de santé mentale ;
- iv. la dispensation de soins aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans le cadre de services et d'interventions intégrés et efficaces, prévoyant la participation des patients et des aidants (l'entourage)¹ et leur permettant d'effectuer un choix ;
- v. la réadaptation et l'intégration sociale des personnes ayant souffert de graves problèmes mentaux.

Priorités

7. Nous devons mener, dans la Région européenne de l'OMS, des initiatives inspirées des efforts de réforme et de modernisation, tirer les enseignements d'un échange des données d'expérience et tenir compte des caractéristiques spécifiques aux différents pays. Nous estimons que les principales priorités de la prochaine décennie sont les suivantes :

- i. mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental ;
- ii. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, et responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de manière à ce qu'elles puissent participer activement à ce processus ;
- iii. concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale ;
- iv. répondre au besoin de disposer d'un personnel soignant compétent et efficace dans tous ces domaines ;
- v. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants, et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services de santé mentale.

Actions

8. Nous souscrivons à l'idée selon laquelle il ne peut y avoir de santé sans la santé mentale. La santé mentale étant une composante centrale du capital humain, social et économique des nations, elle doit donc être considérée comme une partie intégrante et essentielle d'autres domaines d'intérêt public tels que les droits de l'homme, l'aide sociale, l'éducation et l'emploi. Par conséquent, nous, ministres responsables de la santé, et dans la mesure de nos responsabilités nationales et de la structure constitutionnelle de nos pays, nous engageons à reconnaître le besoin d'adopter des politiques de santé mentale intégrées et fondées sur des preuves scientifiques, et à examiner les moyens d'élaborer, de mettre en place et de renforcer de telles politiques dans nos pays respectifs. Ces politiques, dont l'objectif est le bien-être mental et l'intégration sociale des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, nécessitent des actions dans les domaines suivants :

- i. promouvoir le bien-être mental de la population dans son ensemble par la mise en œuvre de mesures visant à sensibiliser les individus et leur famille, le

¹ Le terme « aidants » désigne ici un membre de la famille, un ami ou toute autre personne agissant à titre privé.

- public et la société civile, le monde de l'enseignement et du travail, les pouvoirs publics et les instances nationales, et à susciter un changement positif ;
- ii. tenir compte des répercussions potentielles de l'ensemble des politiques d'intérêt public sur la santé mentale, et particulièrement leur impact sur les groupes vulnérables, tout en démontrant le rôle central de la santé mentale dans l'édification d'une société en bonne santé, ouverte à tous et productive ;
 - iii. lutter contre la stigmatisation et la discrimination, assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité humaine, et adopter la législation permettant de responsabiliser les personnes à risque ou atteintes de problèmes de santé et d'invalidité mentales, et de leur donner les moyens d'occuper une place entière dans la société ;
 - iv. proposer aux personnes à risque une aide et des interventions ciblées et adaptées aux différents stades de leur existence, s'agissant particulièrement des responsabilités parentales, de l'éducation des enfants et des adolescents et des soins dispensés aux personnes âgées ;
 - v. élaborer et mettre en œuvre des mesures en vue de réduire les causes évitables des problèmes de santé mentale, de comorbidité et de suicide ;
 - vi. développer les compétences et le savoir-faire des médecins généralistes et des services de soins primaires, en réseau avec des services de soins médicaux spécialisés et non médicaux, afin que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale puissent accéder facilement à ces services, que leurs problèmes puissent être identifiés et traités de manière efficace ;
 - vii. garantir aux personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale un traitement et des soins efficaces et intégrés dans des lieux de soins diversifiés, en tenant compte de leurs préférences personnelles et en les protégeant contre le défaut de soins et les maltraitances ;
 - viii. mettre en place une collaboration, une coordination et une volonté politique entre les régions, les pays, les secteurs de la société et les organismes compétents de manière à influencer la santé mentale et l'intégration sociale des individus et de leur famille, de certains groupes à risque et des populations ;
 - ix. élaborer des programmes de recrutement, d'enseignement et de formation en vue de disposer d'un personnel pluridisciplinaire compétent et en nombre suffisant ;
 - x. évaluer l'état de la santé mentale et les besoins de la population, des groupes à risque et des individus avec des méthodes qui permettent des comparaisons aux niveaux national et international ;
 - xi. fournir des ressources financières adéquates et suffisantes afin d'atteindre ces objectifs ;
 - xii. mettre en œuvre des activités de recherche et soutenir l'évaluation et la diffusion des actions mentionnées ci-dessus.
9. Nous reconnaissons l'importance et l'urgence de relever les défis et de trouver des solutions s'inspirant des preuves scientifiques. Par conséquent, nous soutenons le Plan d'action sur la santé mentale en Europe ainsi que sa mise en œuvre dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. Chaque pays l'adaptera en fonction de ses besoins et de ses ressources. Nous nous engageons également à faire preuve de solidarité d'une part et d'autre de la Région et à partager connaissances, bonnes pratiques et compétences.

Responsabilités

10. Nous, ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, nous engageons à soutenir la mise en œuvre des mesures suivantes, dans le respect des politiques et des structures constitutionnelles de nos pays respectifs, et en fonction du contexte et des besoins nationaux et sous-nationaux, et des ressources disponibles à ces niveaux :

- i. mettre en œuvre une politique et une législation en matière de santé mentale qui définissent les normes des activités réalisées dans ce domaine et garantissent le respect des droits de l'homme ;
- ii. coordonner, à l'intérieur du gouvernement, les responsabilités en matière de formulation, de diffusion et de mise en œuvre des politiques et de la législation dans le domaine de la santé mentale ;
- iii. évaluer les effets des actions menées par les pouvoirs publics sur la santé mentale ;
- iv. éliminer la stigmatisation et la discrimination, et favoriser l'intégration sociale en sensibilisant davantage le public et en permettant aux personnes à risque d'exercer leurs responsabilités ;
- v. permettre aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale d'effectuer un choix et de participer à leurs propres soins et ce, en fonction de leurs besoins et de leurs sensibilités culturelles ;
- vi. réviser la législation relative à l'égalité des chances ou anti-discriminatoire et, le cas échéant, mettre en place une telle législation ;
- vii. promouvoir la santé mentale dans le monde de l'enseignement et du travail, dans la société et dans d'autres contextes en développant la collaboration entre les instances responsables de la santé et d'autres secteurs concernés ;
- viii. empêcher l'apparition de facteurs de risque là où ils se trouvent, notamment en favorisant le développement d'un milieu professionnel propice à la santé mentale, et en appuyant la mise en place d'aides et de conseils sur le lieu de travail ou, une fois le processus de guérison terminé, le retour à la vie professionnelle dans les plus brefs délais ;
- ix. œuvrer à la prévention du suicide et à la lutte contre les causes du stress mettant en danger la santé mentale, de la violence, de la dépression, de l'anxiété et des troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psychoactives ;
- x. reconnaître et accentuer le rôle central des soins de santé primaires et des médecins généralistes, et renforcer leur capacité à assumer leurs responsabilités dans le domaine de la santé mentale ;
- xi. remplacer les soins dispensés dans de grands établissements aux personnes atteintes de graves problèmes mentaux par des services de proximité ;
- xii. appliquer des mesures mettant fin aux soins inhumains et dégradants ;
- xiii. renforcer les partenariats entre les organismes dispensateurs de soins et d'aides diverses (par exemple, dans le domaine de la santé, des prestations sociales, du logement, de l'éducation et de l'emploi) ;
- xiv. inclure la santé mentale dans les programmes d'études de tous les professionnels de la santé, et élaborer des programmes de formation continue pour les professionnels de la santé mentale ;
- xv. encourager la spécialisation du personnel travaillant dans le domaine de la santé mentale afin de répondre aux besoins spécifiques de groupes particuliers (par exemple, les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les personnes atteintes de problèmes mentaux graves et chroniques) ;

- xvi. consacrer des ressources suffisantes à la santé mentale, à la mesure du poids de morbidité qu'elle représente, et faire de l'investissement dans la santé mentale une part identifiable des dépenses générales de santé, de manière à ce qu'il soit à parité avec l'investissement consenti dans d'autres domaines de la santé ;
 - xvii. élaborer un système de surveillance du bien-être mental et des troubles mentaux, tenant compte notamment des facteurs de risque et de la recherche d'aide pour ces problèmes, et suivre sa mise en œuvre ;
 - xviii. entreprendre des activités de recherche là où les connaissances et les technologies sont insuffisantes, et diffuser les résultats de la recherche.
11. Nous apporterons notre soutien aux ONG actives dans le domaine de la santé mentale et encouragerons la création d'ONG et d'organisations d'usagers de services de santé mentale. Nous sommes particulièrement favorables aux organisations actives dans les domaines suivants :
- i. regroupement des patients participant à la mise en place de leurs propres activités, notamment la création et la gestion de groupes d'entraide ainsi que la transmission de compétences en matière de réadaptation et de réinsertion sociale ;
 - ii. responsabilisation des personnes vulnérables et marginalisées, et défense de leur cause ;
 - iii. dispensation de services de proximité impliquant les patients ;
 - iv. développement des capacités et des compétences des familles et de l'entourage dans le domaine des soins et de la gestion des difficultés, et participation active de ces personnes dans les programmes de soins ;
 - v. élaboration de programmes visant à améliorer l'exercice de la parentalité, l'éducation et la tolérance, et à lutter contre les troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psychoactives, la violence et la criminalité ;
 - vi. élaboration de services locaux adaptés aux besoins des groupes marginalisés ;
 - vii. mise en place de numéros d'appel et de services d'aide sur Internet pour apporter un soutien aux personnes en situation de crise, victimes de violences ou risquant de se suicider ;
 - viii. créer des possibilités d'emploi pour les personnes handicapées.
12. Nous invitons la Commission européenne et le Conseil de l'Europe à soutenir la mise en œuvre de cette Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe à la lumière de leurs compétences respectives.
13. Nous prions le directeur régional de l'OMS pour l'Europe de prendre des mesures dans les domaines suivants :
- a) Partenariat
 - i. encourager la coopération dans ce domaine avec les organisations intergouvernementales, dont la Commission européenne et le Conseil de l'Europe.
 - b) Information sanitaire
 - i. soutenir les États membres dans la mise en place d'une surveillance de la santé mentale ;
 - ii. produire des données comparatives sur l'état de la santé mentale et des services de santé mentale dans les États membres ainsi que sur les progrès réalisés.

- c) Recherche
 - i. établir un réseau de centres collaborateurs dans le secteur de la santé mentale offrant des possibilités de partenariats internationaux, de recherche de qualité et d'échange de chercheurs ;
 - ii. produire et diffuser les meilleures données scientifiques disponibles sur les bonnes pratiques en tenant compte des aspects éthiques de la santé mentale.
 - d) Élaboration de politiques et de services
 - i. appuyer les gouvernements en offrant l'expertise nécessaire pour soutenir une réforme de la santé mentale par la mise en œuvre de politiques efficaces incluant la mise en place d'une législation, la création de services, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ;
 - ii. aider à la mise en place de programmes de « formation des formateurs » ;
 - iii. mettre en œuvre des programmes d'échange pour les personnes qui innovent ;
 - iv. aider à la formulation de politiques et de thèmes de recherche ;
 - v. encourager les agents du changement en élaborant un réseau regroupant les instigateurs des réformes au niveau national et les fonctionnaires clés.
 - e) Sensibilisation
 - i. informer et assurer le suivi des politiques et des activités visant à promouvoir les droits et l'intégration des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, et à réduire la stigmatisation et la discrimination dont ils sont victimes ;
 - ii. responsabiliser les patients, leur entourage et les ONG en les informant, et coordonner les activités entre les pays ;
 - iii. soutenir les États membres dans l'élaboration d'une base d'informations afin de contribuer à la responsabilisation des bénéficiaires des services de santé mentale ;
 - iv. faciliter les échanges de données d'expériences à l'échelle internationale par les principales ONG régionales et locales ;
 - v. fournir des informations objectives et constructives aux médias, aux ONG et à d'autres personnes et groupes intéressés.
14. Nous demandons que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe prenne les mesures nécessaires afin de garantir un soutien total à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé mentale, et l'octroi d'une priorité et de ressources adéquates aux activités et aux programmes visant à réaliser les engagements pris dans la présente Déclaration.
15. Nous nous engageons à faire part à l'OMS des progrès réalisés par nos pays respectifs dans l'application de cette Déclaration lors d'une réunion intergouvernementale qui se tiendra avant 2010.



Ministre finlandaise de la Santé
et des Services sociaux



Directeur régional de l'OMS
pour l'Europe

4. Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe

Le présent Plan d'action est adopté dans le cadre de la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe par les ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, qui soutiennent sa mise en œuvre en fonction des besoins et des ressources de chaque pays.

Les défis, pour les cinq à dix ans à venir, seront d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques et législations qui déboucheront sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Les priorités pour la prochaine décennie ont donc été définies comme suit :

- i. mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental ;
- ii. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité ; responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles puissent participer activement à ce processus ;
- iii. concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale ;
- iv. répondre au besoin de disposer d'un personnel compétent et efficace dans tous ces domaines ;
- v. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants² (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services.

Ce Plan d'action suggère les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et de renforcement de politiques globales de santé mentale dans les pays de la Région européenne de l'OMS, et en appelle à une action dans les douze domaines décrits ci-après. Les pays tiendront compte de ces politiques dans leurs propres stratégies et plans en matière de santé mentale, afin de définir ce qui devra être réalisé dans les cinq et dix années à venir.

1. Promouvoir le bien-être mental pour tous

Le défi

La santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie, confèrent un sens à notre existence et nous permettent d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale, élément essentiel de la cohésion sociale, de

² Le terme « aidants » désigne ici un membre de la famille, un ami ou toute autre personne agissant à titre privé.

la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribue au développement du capital social et de l'économie dans les sociétés. La santé mentale publique et les modes de vie propices au bien-être mental sont déterminants si l'on veut atteindre ce but. Par la promotion de la santé mentale, on peut améliorer la qualité de vie et le bien-être mental de l'ensemble de la population, notamment des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de leur entourage. L'élaboration et la mise en œuvre de plans efficaces de promotion de la santé mentale permettront de parvenir à un meilleur bien-être mental pour tous.

Les actions à envisager

- i. Élaborer des stratégies globales pour la promotion de la santé mentale dans le cadre des politiques de santé mentale, de santé publique et des autres politiques d'intérêt public traitant de la promotion de la santé mentale à toutes les étapes de la vie.
- ii. Considérer la promotion de la santé mentale comme un investissement à long terme et élaborer des programmes de sensibilisation et d'information de longue durée.
- iii. Élaborer et mettre en place des programmes efficaces d'aide et de sensibilisation destinés aux parents, dès le stade de la grossesse.
- iv. Élaborer et proposer des programmes fondés sur des données scientifiques visant à renforcer les connaissances, fournir des informations et accorder la priorité à la résilience, à l'intelligence émotionnelle et au fonctionnement psychosocial chez les enfants et les jeunes.
- v. Offrir aux personnes âgées davantage de possibilités de s'alimenter sainement et de faire de l'exercice physique.
- vi. Promouvoir les interventions de proximité à différents niveaux (campagnes de sensibilisation destinées au public, mobilisation du personnel chargé des soins primaires et participation au niveau local d'acteurs tels qu'enseignants, membres du clergé, représentants des médias, etc.).
- vii. Intégrer les différents aspects de la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes généraux de promotion de la santé et de santé publique existants, tels que ceux soutenus par les réseaux de promotion de la santé de l'OMS.
- viii. Encourager la consommation de produits contribuant à une meilleure santé et réduire celle de produits qui nuisent à la santé.
- ix. Créer des environnements de travail favorables à la santé, notamment par la promotion de l'exercice physique, la modification des schémas de travail, l'adoption d'horaires acceptables et le recours à des modes de gestion sains.
- x. Proposer des actions efficaces de promotion de la santé mentale aux groupes à risque tels que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou physique chroniques et à leurs aidants.
- xi. Trouver des méthodes simples permettant à la population de se sentir davantage responsable vis-à-vis des objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies, par exemple en lui faisant mieux comprendre l'importance des choix de vie.

2. Faire comprendre le rôle essentiel de la santé mentale

Le défi

La santé mentale joue un rôle essentiel dans l'édification d'une société en bonne santé,

ouverte à tous et productive. L'élaboration de politiques d'intérêt public rationnelles et globales, par exemple en matière de travail, d'urbanisme et de questions socio-économiques, a également des répercussions positives sur la santé mentale et réduit les risques de problèmes dans ce domaine. Il est donc important de prendre en compte les conséquences de toutes les politiques d'intérêt public sur la santé mentale, et en particulier leur impact potentiel sur les groupes à risque. Dans le domaine de la santé mentale, il convient d'élaborer des politiques fondées sur des relations intersectorielles et sur des stratégies multisectorielles et pluridisciplinaires.

Les actions à envisager

- i. Faire de la santé mentale une partie indissociable de la santé publique.
- ii. Inclure la dimension de la santé mentale et les actions qui s'y réfèrent dans les politiques et législations nationales existantes et nouvelles.
- iii. Inclure la santé mentale dans les programmes consacrés à la santé et à la sécurité au travail.
- iv. Évaluer les répercussions possibles de toute nouvelle politique sur le bien-être mental de la population avant son entrée en vigueur et évaluer ensuite les effets de cette politique.
- v. Accorder une attention particulière à l'impact relatif des politiques sur les personnes à risque ou déjà atteintes de problèmes de santé mentale.

3. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Le défi

L'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de santé mentale ne doivent pas être compromises par les préjugés envers les problèmes de santé mentale, qui sont très courants et aboutissent à une véritable discrimination. Bien souvent, cette discrimination est à l'origine de l'inégalité des chances dont sont victimes les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. À cet égard, droits de la personne humaine et respect des personnes présentant ce type de problème sont des valeurs qu'il convient de protéger. La responsabilisation est une étape déterminante vers la réalisation de ces objectifs, dans la mesure où elle permet une meilleure insertion et une intégration sociale plus réussie. Le manque de responsabilités accordées aux structures représentant les patients et leur entourage, de même qu'une sensibilisation insuffisante, constituent un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et d'actions adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes concernées. L'exclusion dont sont victimes les usagers des services de santé mentale, que ce soit au sein d'asiles et d'établissements ou en milieu extra-hospitalier, doit être combattue de multiples façons.

Les actions à envisager

- i. Encourager les actions visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en mettant l'accent sur le caractère très répandu des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable, l'existence de traitements et le fait que ces problèmes vont rarement de pair avec la violence.
- ii. Adopter une législation relative aux droits des personnes handicapées, ou examiner la législation existante, afin que la santé mentale y soit traitée de manière égale et équitable.
- iii. Élaborer et mettre en œuvre, aux niveaux national et sectoriel et au sein des entreprises, des politiques visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées aux problèmes de santé mentale dans les pratiques en matière d'emploi.

- iv. Encourager la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des ONG.
- v. Élaborer un programme cohérent de politique et de législation destiné à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en y intégrant les normes internationales et régionales en matière de droits de l'homme.
- vi. Établir un dialogue constructif avec les médias et leur communiquer systématiquement des informations.
- vii. Définir des normes de représentation des patients et des aidants dans les commissions et les groupes chargés de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du contrôle des actions en matière de santé mentale.
- viii. Encourager la création et le développement aux niveaux local et national d'ONG et d'organisations gérées par les patients, qui représentent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, l'entourage ainsi que les communautés dans lesquelles elles vivent.
- ix. Encourager l'intégration des enfants et des jeunes présentant des problèmes de santé mentale et atteints de handicaps dans le système d'éducation et d'enseignement professionnel général.
- x. Mettre en place un système de formation professionnelle destiné aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et favoriser l'adaptation des lieux de travail et des pratiques professionnelles aux besoins de ces personnes, dans le but de garantir leur entrée sur le marché de l'emploi concurrentiel.

4. Promouvoir les actions adaptées aux groupes d'âges vulnérables

Le défi

Les nourrissons, les enfants, les jeunes et les personnes âgées sont particulièrement exposés aux facteurs de risque sociaux, psychologiques, biologiques et environnementaux. Compte tenu de leur vulnérabilité et de leurs besoins, ces groupes d'âges devraient être les cibles prioritaires des actions en matière de promotion de la santé mentale et de prévention et traitement des problèmes y afférents. Toutefois, de nombreux pays disposent de moyens insuffisants dans ce domaine ; les services et le personnel sont souvent mal préparés à affronter les problèmes liés au développement de l'individu et spécifiques aux différents groupes d'âges. Chez l'enfant notamment, l'existence de troubles peut être un signe précurseur de problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Les actions en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents devraient être considérées comme un investissement stratégique, dont les individus, les populations et les systèmes de santé tireront pendant longtemps les bénéfices.

Les actions à envisager

- i. Veiller à ce que les politiques en matière de santé mentale accordent une place prioritaire à la santé mentale et au bien-être mental des enfants, des adolescents et des personnes âgées.
- ii. Inclure les droits internationaux des enfants, des adolescents et des personnes âgées dans la législation en matière de santé mentale.
- iii. Faire participer au maximum les jeunes et les personnes âgées au processus décisionnel.
- iv. Accorder une attention particulière aux groupes marginalisés, notamment aux enfants et aux personnes âgées issus de l'immigration.

- v. Créer des services de santé mentale adaptés aux besoins des jeunes et des personnes âgées, qui fonctionnent en étroite collaboration avec les familles, les établissements scolaires, les centres d'accueil, le voisinage, la famille élargie et les amis.
- vi. Encourager la création de centres d'accueil pour personnes âgées, afin de permettre à ces personnes de bénéficier davantage de l'aide sociale et des mesures qui leur sont destinées.
- vii. Faire en sorte que des services de santé mentale tenant compte des besoins des deux sexes et des différents groupes d'âges soient dispensés à la fois par les services de soins de santé primaires et par les services de santé et de soutien social spécialisés, et que ces services fonctionnent dans le cadre de réseaux intégrés.
- viii. Ne pas systématiquement envisager les soins aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées en termes de placement en établissement spécialisé, qui engendre l'exclusion sociale et l'indifférence.
- ix. Améliorer la qualité des services spécialisés de santé mentale en mettant en place ou en renforçant les moyens nécessaires pour mener des interventions spécialisées et pour dispenser des soins aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées, mais aussi en formant et en recrutant un nombre suffisant de spécialistes.
- x. Améliorer la coordination entre les organisations participant aux programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et aux programmes consacrés à la santé (notamment mentale) des enfants et des adolescents aux niveaux national et international, ainsi que la collaboration entre leurs réseaux respectifs.
- xi. Garantir un financement égal à celui de services de santé comparables.

5. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide

Le défi

Dans de nombreux pays, la population est exposée à des changements sociétaux, facteurs de stress, qui ont des effets négatifs sur la cohésion sociale, la sécurité et l'emploi et qui entraînent une augmentation de l'anxiété, de la dépression, des troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psychoactives, de la violence et des comportements suicidaires. Les facteurs sociaux à l'origine de problèmes de santé mentale sont multiples ; il peut s'agir de causes personnelles de souffrance comme d'aspects ayant une incidence sur l'ensemble d'une communauté ou de la société. Ces problèmes peuvent apparaître ou s'aggraver dans des contextes très variés, notamment à la maison, dans le cadre scolaire, sur le lieu de travail ou au sein d'établissements. Les groupes marginalisés ou vulnérables tels que les réfugiés et les populations immigrées, les sans-emploi, les détenus ou les individus sortant de prison, les personnes présentant une orientation sexuelle différente, celles atteintes d'incapacités physiques ou sensorielles et celles déjà atteintes de problèmes de santé mentale, peuvent être particulièrement exposés à ces risques.

Les actions à envisager

- i. Sensibiliser davantage à la prévalence, aux symptômes et aux possibilités de traitement du stress mettant en danger la santé mentale, de l'anxiété, de la dépression et de la schizophrénie.
- ii. Prendre en charge les groupes à risque, en proposant des programmes de prévention de la dépression, de l'anxiété, du stress mettant en danger la santé

- mentale, du suicide et d'autres phénomènes de ce type, qui soient conçus en fonction des besoins, du milieu social et de la culture des intéressés.
- iii. Créer des groupes d'entraide, mettre en place des numéros d'appel et des sites Web afin de réduire le taux de suicide, notamment chez les groupes à haut risque.
 - iv. Élaborer des politiques visant à réduire les moyens de suicide.
 - v. Mettre en place une évaluation systématique de la santé mentale des jeunes mères qui sera effectuée par les obstétriciens et les infirmiers visiteurs et intervenir, si nécessaire.
 - vi. En ce qui concerne les familles à risque, proposer des sessions d'information et de prévention à domicile visant à améliorer les méthodes d'éducation des enfants, les comportements en matière de santé et le dialogue parents-enfants.
 - vii. Mettre en place, en partenariat avec d'autres ministères, des programmes pédagogiques fondés sur des données scientifiques consacrés au suicide, à la dépression, aux troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psychoactives à l'intention des jeunes à tous les niveaux de l'enseignement, et faire participer des personnalités et des jeunes à l'élaboration de campagnes d'information.
 - viii. Encourager la mise en œuvre de programmes locaux de développement dans les zones à haut risque et renforcer la position des organismes non gouvernementaux, notamment ceux représentant les groupes marginalisés.
 - ix. Assurer une aide et des services professionnels appropriés aux personnes ayant subi des situations de crise et d'actes de violence (guerres, catastrophes naturelles et attentats terroristes, en particulier), afin d'éviter les troubles liés au stress post-traumatique (SPT).
 - x. Sensibiliser davantage le personnel travaillant dans le secteur des soins de santé et les secteurs associés et lui faire prendre conscience de ses propres attitudes et préjugés envers le suicide et les problèmes de santé mentale.
 - xi. Instaurer une surveillance de la santé mentale au travail grâce à la création d'indicateurs et d'instruments appropriés.
 - xii. Renforcer les moyens nécessaires à la protection et à la promotion de la santé mentale au travail grâce à l'évaluation des risques, à la gestion du stress et des facteurs psychosociaux, à la formation du personnel et à des mesures de sensibilisation.
 - xiii. Faire participer les principales instances chargées de l'emploi, du logement et de l'éducation à l'élaboration et à l'exécution des programmes de prévention.

6. Garantir l'accès à des soins de santé primaires de qualité aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Le défi

Dans la plupart des pays de la Région européenne, les médecins généralistes et les autres personnels de soins de santé primaires constituent la première et principale source d'aide pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale courants. Toutefois, il arrive souvent que ces problèmes ne soient pas détectés à ce niveau et, lorsqu'ils sont identifiés, le traitement prescrit n'est pas toujours adapté. Bon nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale, notamment celles qui sont vulnérables ou marginalisées, ont du mal à accéder à des services de soins et à rester en contact avec eux. Les médecins généralistes et les services de soins de santé

primaires doivent disposer de moyens et de compétences accrus pour pouvoir dépister et traiter au niveau local les personnes atteintes de troubles mentaux, éventuellement avec l'aide des services spécialisés en santé mentale avec lesquels ils collaborent.

Les actions à envisager

- i. Veiller à ce que l'ensemble de la population ait facilement accès aux services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires.
- ii. Accroître les moyens dont disposent les services de soins de santé primaires pour détecter et traiter les problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles liés au stress, la toxicomanie et les troubles psychotiques, en renforçant les compétences du personnel soignant et en augmentant les effectifs.
- iii. Permettre aux personnes présentant des problèmes mentaux courants ou graves, notamment les personnes non hospitalisées atteintes de troubles chroniques et stabilisés, d'avoir accès à des médicaments psychotropes et à des psychothérapies dans le cadre des services de soins de santé primaires.
- iv. Encourager le personnel des services de soins de santé primaires à se consacrer à des actions de promotion et de prévention de la santé mentale, en s'attachant tout particulièrement aux facteurs déclenchant les maladies mentales ou contribuant à leur persistance.
- v. Concevoir et mettre en œuvre des protocoles de traitement et d'orientation vers des services spécialisés au niveau des soins de santé primaire, en établissant des bonnes pratiques et en définissant clairement les responsabilités des réseaux de services de soins de santé primaire et de services spécialisés en santé mentale.
- vi. Créer des centres de compétences et soutenir les réseaux auxquels les professionnels de santé, les usagers, les aidants et les médias peuvent demander conseil dans chaque région.
- vii. Assurer la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires et dans un environnement facilement accessible tel que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux.

7. Offrir aux personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale des soins de qualité dans des services de proximité

Le défi

La réforme des soins de santé mentale progresse actuellement dans toute la Région européenne. Il est essentiel de reconnaître et de soutenir le droit des individus à bénéficier des traitements et des interventions les plus efficaces en s'exposant au moindre risque possible, en fonction des souhaits et besoins personnels et dans le respect de la culture, de la religion, du sexe et des aspirations de ces personnes. Dans de nombreux pays, les données recueillies et l'expérience vont dans le sens de la création d'un réseau de services de proximité comprenant des lits d'hôpitaux. Au XXI^e siècle, il ne peut plus être question de traitements et de soins inhumains et dégradants dans de grands établissements : les pays sont de plus en plus nombreux à avoir fermé la plupart de leurs asiles et avoir mis en place des services de proximité performants. Il convient d'accorder une place importante aux besoins psychologiques et économiques de la famille et de l'entourage du patient, et à la nécessité de les informer correctement, car ils sont

souvent chargés d'assurer un soutien et des soins importants et prolongés et ont eux-mêmes souvent besoin qu'on les soutienne.

Les actions à envisager

- i. Donner aux patients et aux aidants les moyens d'accéder aux services de santé mentale et aux services généraux et d'assumer des responsabilités en matière de soins, en collaboration avec les professionnels concernés.
- ii. Programmer et mettre en place des services de proximité spécialisés accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept et dotés d'un personnel pluridisciplinaire, qui soient destinés aux personnes atteintes de problèmes graves tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression profonde ou la démence.
- iii. Assurer des soins en cas de crise, par le biais de services dispensés à domicile et sur le lieu de travail, en évitant si possible l'aggravation de la crise ou l'hospitalisation et en hospitalisant uniquement les personnes atteintes de problèmes très graves ou qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.
- iv. Proposer des traitements très complets et efficaces, des psychothérapies et des médicaments ayant des effets secondaires aussi limités que possible dans le cadre des services de proximité, en particulier aux jeunes souffrant pour la première fois de problèmes de santé mentale.
- v. Garantir aux malades mentaux l'accès aux médicaments dont ils ont besoin à un coût abordable pour le système de soins de santé et pour la personne concernée, dans l'optique de rationaliser la prescription et l'utilisation de ces médicaments.
- vi. Créer des services de réadaptation contribuant à une meilleure intégration des personnes dans la société, tout en restant conscient de l'impact des handicaps liés aux problèmes de santé mentale.
- vii. Proposer des services aux personnes ayant besoin de soins de santé mentale et ne se trouvant pas dans un environnement spécialisé (mais, par exemple, dans un hôpital général ou une prison).
- viii. Proposer aux aidants et aux familles d'évaluer leurs besoins psychologiques et économiques et de les faire participer aux programmes de soins.
- ix. Concevoir des programmes visant à renforcer les compétences et le savoir-faire des familles et des aidants dans le domaine des soins et de la prise en charge.
- x. Vérifier si les programmes d'aide sociale tiennent compte du coût économique des soins.
- xi. Planifier et financer des programmes types qui puissent par la suite être diffusés.
- xii. Choisir et appuyer des personnes faisant autorité et respectées par leurs pairs qui dissémineront les pratiques innovantes.
- xiii. Élaborer des principes de bonne pratique et contrôler leur mise en œuvre.
- xiv. Donner officiellement aux personnes faisant l'objet de soins contre leur volonté le droit d'être défendues par un organisme indépendant qu'elles choisissent elles-mêmes.
- xv. Adopter des législations ou des réglementations (ou renforcer celles qui existent déjà) protégeant les normes de qualité des soins, qui prévoient notamment l'arrêt des pratiques et soins inhumains et dégradants.

- xvi. Mettre en place des mesures de contrôle visant à renforcer les bonnes pratiques et à mettre fin au défaut de soins et aux mauvais traitements en matière de santé mentale.

8. Établir des partenariats intersectoriels

Le défi

Certains services essentiels qui étaient autrefois automatiquement dispensés dans de grands hôpitaux ou n'étaient pas considérés comme importants pour la vie des personnes présentant des problèmes de santé mentale sont aujourd'hui, la plupart du temps, disséminés entre de nombreux organismes. Or, le manque de coopération et de coordination entre des services gérés ou financés par ces différents organismes est à l'origine d'une mauvaise qualité des soins, de souffrances et d'inefficacité. Compte tenu de la grande variété des services en question, les attributions de ces organismes exigent une coordination et une direction efficaces, et ce jusqu'au niveau des pouvoirs publics. Il est nécessaire d'aider les patients et leur entourage à bénéficier de services en matière de prestations sociales, de logement, de repas, d'emploi et de traitement d'affections physiques, par exemple dans le cas de la toxicomanie.

Les actions à envisager

- i. Organiser des services de prévention et de soins très complets centrés autour des besoins des patients et en étroite collaboration avec ces derniers.
- ii. Créer des réseaux de collaboration entre les services indispensables à la qualité de vie des patients et de leur entourage, tels que la protection sociale, le travail, l'éducation, la justice, les transports et la santé.
- iii. Charger le personnel des services de santé mentale de recenser les besoins liés à la vie quotidienne et d'aider les personnes concernées, que ce soit directement ou par la coordination avec d'autres services.
- iv. Apprendre au personnel des autres services à connaître les besoins et les droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de celles présentant un risque d'en être atteintes.
- v. Recenser et lever les obstacles financiers et bureaucratiques à la collaboration, y compris au niveau des pouvoirs publics.

9 Déployer des effectifs suffisants et compétents

Le défi

La réforme de la santé mentale exige que l'on définisse de nouvelles fonctions et tâches au sein du personnel, ce qui implique une évolution des valeurs, mais aussi des mentalités, des connaissances et des compétences. Les pratiques suivies par de nombreux acteurs de la santé mentale et par le personnel d'autres secteurs tels que les enseignants, les travailleurs sociaux, les membres du clergé et les bénévoles, doivent être modernisées si l'on veut pouvoir offrir des soins utiles et efficaces. Les nouvelles formations doivent permettre de disposer du savoir-faire requis pour tous les rôles et tâches devant être assumés.

Les actions à envisager

- i. Prendre conscience de la nécessité de définir de nouvelles fonctions et tâches parmi le personnel, spécialisé ou non, employé dans les services de santé et dans les autres secteurs concernés tels que la protection sociale et l'éducation.

- ii. Prévoir, dans la formation de l'ensemble du personnel des services de santé mentale, une expérience dans les services de proximité et un travail d'équipe pluridisciplinaire.
- iii. Organiser des formations en matière de détection, prévention et traitement des problèmes mentaux à l'intention de tout le personnel des services de soins primaires.
- iv. Planifier et financer, en partenariat avec les établissements d'enseignement, des programmes d'études et de formation qui répondent aux besoins du personnel existant et nouvellement recruté.
- v. Encourager le recrutement de nouveaux professionnels de santé mentale et fidéliser les personnels en poste.
- vi. Veiller à ce que les professionnels de santé mentale soient équitablement répartis dans la population, notamment auprès des personnes à risque, en mettant au point des mesures incitatives.
- vii. Résoudre le problème lié au manque de compétences des formateurs actuels en matière de nouvelles technologies et soutenir la planification de programmes de « formation des formateurs ».
- viii. Sensibiliser le personnel des services de santé mentale aux liens entre promotion, prévention et traitement et organiser des formations sur ce thème.
- ix. Mieux faire comprendre à l'ensemble des agents du secteur public l'impact de leurs politiques et de leurs actions sur la santé mentale de la population.
- x. Déployer un personnel hautement qualifié en concevant et en mettant en place des formations spécialisées destinées à toutes les personnes travaillant dans le domaine des soins de santé mentale.
- xi. Mettre au point des filières de formation spécialisées dans les domaines exigeant des niveaux de compétence élevés, par exemple les soins et traitements dispensés aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes présentant à la fois des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (comorbidité).

10. Réunir des informations de qualité sur la santé mentale

Le défi

Si l'on veut mettre en place des politiques et des pratiques efficaces dans les pays et dans l'ensemble de la Région, il est nécessaire de disposer d'informations sur la situation actuelle en matière de santé mentale et d'actions dans ce domaine. Il convient également d'observer l'impact que peut avoir la mise en œuvre d'initiatives nouvelles. De même, il serait bon de mesurer l'état de santé mental des populations, de certains groupes et des individus ainsi que leur comportement en termes de recherche d'aide de façon à pouvoir procéder à des comparaisons dans la Région européenne de l'OMS. Enfin, il est souhaitable d'uniformiser les indicateurs et de faire en sorte qu'ils permettent des comparaisons aux niveaux local, national et international, ce qui permettra de planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer plus facilement et plus efficacement une stratégie et un plan d'action pour la santé mentale fondés sur des preuves scientifiques.

Les actions à envisager

- i. Concevoir un système national de surveillance et des systèmes de collecte de données fondés sur des indicateurs uniformisés, harmonisés et comparables à l'échelle internationale (ou renforcer les systèmes existants), afin de suivre les

progrès accomplis par rapport aux objectifs locaux, nationaux et internationaux en matière d'amélioration de la santé mentale et du bien-être mental.

- ii. Élaborer de nouveaux indicateurs et de nouvelles méthodes de collecte des données non encore disponibles, notamment des indicateurs relatifs à la promotion de la santé mentale, à la prévention et au traitement des problèmes de santé mentale et à la réinsertion sociale des personnes atteintes de ces problèmes.
- iii. Soutenir l'organisation d'enquêtes périodiques sur la santé mentale dans la population, qui soient fondées sur l'utilisation d'une méthodologie adoptée par l'ensemble de la Région européenne de l'OMS.
- iv. Mesurer les taux de base de l'incidence et de la prévalence de maladies clés, y compris les facteurs de risque, dans la population et dans les groupes à risque.
- v. Mettre en place un suivi des programmes, services et systèmes de santé mentale existants.
- vi. Encourager, dans la Région européenne de l'OMS, la création d'un système intégré de bases de données contenant des informations relatives à la situation au regard de la santé mentale, notamment sur les politiques, les stratégies en la matière, la mise en œuvre et l'organisation d'une promotion fondée sur des données probantes, la prévention, les traitements, les soins et la réinsertion sociale.
- vii. Favoriser la diffusion d'informations sur l'impact de bonnes politiques et de bonnes pratiques à l'échelle nationale et internationale.

11. Assurer un financement équitable et suffisant

Le défi

Les ressources consacrées à la santé mentale sont souvent inappropriées et inéquitables par rapport à celles allouées à d'autres domaines du secteur public, ce qui se traduit par un manque d'accès aux soins, un désintérêt et une discrimination. Dans certains systèmes de santé, la couverture des soins par les assurances et les droits au traitement établissent une discrimination très marquée à l'encontre des problèmes de santé mentale. Dans le budget de la santé mentale, l'allocation des ressources doit être équitable et proportionnée : la part et les avantages relatifs les plus importants doivent revenir à ceux qui en ont le plus besoin.

Les actions à envisager

- i. Déterminer si la part du budget de la santé affectée à la santé mentale est à la hauteur des besoins et du degré de priorité des personnes qui en ont besoin.
- ii. Veiller à ce que les personnes les plus gravement atteintes et les plus pauvres bénéficient des avantages relatifs les plus importants.
- iii. Évaluer l'efficacité de l'affectation des fonds, en tenant compte des avantages pour la société, notamment ceux engendrés par la promotion, la prévention et les soins.
- iv. Déterminer si les systèmes financés par des fonds publics ou privés offrent une couverture à la fois très large et adéquate en fonction des contraintes, à un niveau égal à celle garantie pour les autres types de maladies, sans susciter ni exclusion, ni discrimination, et en veillant particulièrement à protéger les groupes les plus vulnérables.

12. Évaluer l'efficacité des systèmes et produire de nouvelles données probantes

Le défi

La recherche connaît actuellement une évolution considérable, mais pour certaines stratégies et mesures, les données scientifiques sont insuffisantes et il convient d'y consacrer davantage de ressources. Il convient également de prévoir davantage de moyens à la diffusion des informations dans la mesure où de nombreux responsables politiques, dirigeants, praticiens et chercheurs n'ont pas connaissance des données existantes concernant les nouvelles mesures efficaces et les exemples de bonnes pratiques à l'échelle nationale et internationale. Les chercheurs européens doivent collaborer afin d'établir les bases d'actions en matière de santé mentale fondées sur des données probantes. La recherche doit se concentrer en priorité sur l'analyse des politiques de santé mentale, sur l'évaluation de l'impact des stratégies générales en matière de santé mentale, sur l'évaluation des programmes de promotion de la santé mentale, sur l'exploitation de données scientifiques plus solides en matière d'actions de prévention, sur de nouveaux modèles de services et sur l'économie de la santé mentale.

Les actions à envisager

- i. Soutenir les stratégies nationales en matière de recherche visant à recenser, enrichir et mettre en œuvre les bonnes pratiques permettant de satisfaire les besoins de la population, notamment les groupes à risque.
- ii. Évaluer l'impact à long terme des systèmes de santé mentale et tirer parti des expériences vécues pour établir de nouvelles priorités et mettre en route les programmes de recherche qui s'imposent.
- iii. Soutenir les initiatives de recherche qui facilitent l'élaboration de programmes de prévention destinés à l'ensemble de la population, notamment aux groupes à risque. Si l'on veut mettre au point des programmes et des politiques de prévention efficaces, il convient d'effectuer des recherches sur les effets de l'interdépendance entre de nombreux problèmes de santé d'ordre mental, physique et social.
- iv. Promouvoir les activités de recherche visant à estimer les conséquences sanitaires des politiques menées par les secteurs autres que celui de la santé, dans la mesure où ces politiques peuvent à l'évidence avoir des effets positifs sur la santé mentale.
- v. Réduire l'écart de connaissances entre la recherche et la pratique en favorisant la collaboration et les partenariats entre les chercheurs, les responsables politiques et les praticiens, par l'organisation de séminaires et la diffusion de publications.
- vi. Veiller à ce que les programmes de recherche comprennent des évaluations à long terme de leur impact, non seulement sur la santé mentale, mais également sur la santé physique, et de leurs effets socioéconomiques.
- vii. Établir des partenariats durables entre les praticiens et les chercheurs en vue de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures existantes ou nouvelles.
- viii. Investir dans des formations de recherche en santé mentale recoupant plusieurs disciplines universitaires, notamment l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la gestion et l'économie, et créer des mesures encourageant l'établissement de partenariats universitaires à long terme.

- ix. Développer la collaboration européenne en matière de recherche en santé mentale en améliorant les contacts entre les centres collaborateurs européens de l'OMS et les autres centres exerçant des activités de recherche dans le domaine de la prévention.
- x. Investir dans la collaboration régionale en matière d'informations et dans la diffusion de ces informations, afin d'éviter la reproduction inutile d'activités de recherche d'intérêt général et de faire connaître l'existence de celles qui, ailleurs, ont abouti.

La santé mentale pour l'Europe : relever les défis

Étapes importantes

Les États membres s'engagent, par la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe et par le présent Plan d'action, à relever les défis qui se posent à eux en s'efforçant de franchir les étapes importantes suivantes, entre 2005 et 2010 :

1. préparer des politiques et mettre en place des actions visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir le bien-être mental, notamment dans des environnements scolaires et professionnels sains ;
2. évaluer les effets de la politique publique de santé mentale ;
3. inclure la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide dans les politiques nationales ;
4. mettre en place des services spécialisés capables de prendre en charge les problèmes propres aux jeunes et aux personnes âgées et ceux spécifiques aux deux sexes ;
5. accorder la priorité aux services s'occupant principalement des problèmes de santé mentale des groupes marginalisés et vulnérables, y compris des problèmes de comorbidité (par exemple, coexistence de problèmes de santé mentale avec d'autres problèmes tels que la toxicomanie ou une maladie physique) ;
6. établir des partenariats favorisant une coopération intersectorielle et lever les obstacles à la collaboration ;
7. adopter des stratégies de ressources humaines permettant de déployer un personnel en nombre suffisant et doté des compétences nécessaires en matière de santé mentale ;
8. définir un ensemble d'indicateurs concernant les déterminants et l'épidémiologie de la santé mentale et permettant la création et la prestation de services en partenariat avec d'autres États membres ;
9. garantir un financement, des réglementations et une législation sanitaires équitables et qui tiennent compte de la santé mentale ;
10. mettre fin aux traitements et aux soins inhumains et dégradants et adopter une législation en matière de droits de la personne et de santé mentale qui soit conforme aux normes des conventions des Nations Unies et de la législation internationale ;
11. améliorer l'intégration sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale ;
12. garantir la représentation des patients et des aidants dans les commissions et les groupes chargés de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du contrôle des actions en matière de santé mentale.

5. Services de santé mentale en Europe et déficit thérapeutique

« Parfois, il faut vraiment qu'ils soient au bord du suicide pour qu'on finisse par obtenir de l'aide. »
– un médecin généraliste (1)

Relever les défis

L'une des principales fonctions des services de santé mentale est de proposer un traitement à tous ceux qui en ont besoin. En Europe, ces services ne sont pas très performants en la matière. La majorité des personnes atteintes de troubles mentaux dans la Région européenne, notamment celles souffrant de pathologies graves, ne sont pas traitées. Pour la plupart de ces troubles, le déficit thérapeutique (c'est-à-dire le pourcentage d'individus nécessitant des soins de santé mentale mais n'en bénéficiant pas) est élevé (2).

Les maladies mentales font payer un lourd tribut aux intéressés, aux familles et à la société. D'après les dernières données disponibles provenant de l'étude de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité, les troubles neuropsychiatriques sont la deuxième cause d'AVCI perdues dans la Région européenne de l'OMS, soit près d'un cinquième des AVCI perdues imputables à toutes les maladies.

Si l'on calcule en AVI, la proportion est encore plus élevée (plus des deux cinquièmes) (3). À lui seul, le trouble dépressif unipolaire représente 13,7 % de ces AVI et en est donc la première cause dans la Région européenne.

Quatre des 15 facteurs contribuant aux AVCI en Europe sont des maladies neuropsychiatriques : la dépression (au 3^e rang), les troubles liés à l'alcoolisme (6^e), les automutilations (lésions auto-infligées) (11^e) et la démence (14^e).

La morbidité due aux troubles neuropsychiatriques est élevée dans toute la Région européenne et va encore augmenter du fait du vieillissement de la population du continent.

Le suicide est l'une des issues les plus tragiques des problèmes de santé mentale. D'après les données de l'OMS, neuf des dix pays enregistrant les taux de suicide accompli les plus élevés font partie de la Région européenne (3).

Disparités des politiques et insuffisance du financement en matière de santé mentale

La politique de santé mentale au niveau national est considérée comme très importante pour le développement général des services de santé mentale.

Tous les pays de la Région européenne de l'OMS ne disposent pas de politiques en matière de soins de santé mentale et, quand elles existent, elles sont de qualité

inégale d'un pays à l'autre de la Région, comme en attestent les données provenant de l'Atlas des ressources consacrées à la santé mentale de l'OMS (4).

- Dans un tiers des pays européens, il n'existe pas de politique de santé mentale spécifique.
- Plus des deux cinquièmes n'ont pas de programmes de santé mentale.
- Un cinquième n'a pas de politique pharmaceutique ni de liste de médicaments essentiels.
- Dans un cinquième de ces pays, les trois psychotropes essentiels (antidépresseurs, antipsychotiques et antiépileptiques) ne sont pas disponibles dans le cadre des soins primaires.
- Un sixième n'a pas de politique en matière de toxicomanie.
- Dix pour cent environ n'ont pas de législation en matière de santé mentale.
- Trois cinquièmes n'ont pas de programme national de prévention du suicide.

Sur le plan du financement des services de santé mentale, on observe également des insuffisances. Les ressources allouées aujourd'hui à la santé mentale ne sont pas à la mesure du poids que représentent les troubles mentaux (5).

- Les 24 pays de la Région européenne pour lesquels on dispose de données consacrent en moyenne 5,8 % de leur budget sanitaire national ou fédéral à la santé mentale, alors que les troubles mentaux représentent 20 % de la charge de morbidité (4).
- La dépression, en particulier, est à l'origine de 6,2 % de la charge totale de morbidité, mais elle ne représente que de 0,5 à 1 % des dépenses nationales de santé, d'après des informations fournies par le Royaume-Uni (6).

Dans l'ensemble, les systèmes de financement des soins de santé en Europe reposent sur les recettes fiscales et sur les caisses de sécurité sociale. Théoriquement, ces systèmes assurent un accès équitable aux interventions en matière de soins de santé, notamment de santé mentale. Or, la méthode reposant sur la sécurité sociale, qui est prédominante dans 50 % des pays européens, ne garantit pas toujours le financement de l'aide sociale, du logement, etc., ni les services dispensés à des groupes tels que les sans-emploi, les immigrés et la communauté Rom. Dans presque tous les pays, une partie des frais de soins de santé est supportée par les patients (les utilisateurs des services), ce qui peut limiter l'accès à ces soins. L'exonération des charges dont bénéficient certains groupes (personnes à faibles revenus, malades atteints d'affections de longue durée, sans-emploi, enfants et personnes âgées) varie d'un pays à l'autre de l'Europe.

Important déficit des services et des traitements

En matière de santé mentale, l'inadéquation des politiques et du financement mène à un important déficit des services et des traitements destinés aux malades mentaux.

- Dans plus d'un tiers des pays, les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne peuvent recevoir aucun traitement dans les services de soins de santé primaires et le personnel de ces services ne reçoit aucune formation spécifique.
- Dans plus d'un quart des pays, il n'existe pas de services de soins de proximité pour les troubles mentaux.
- Plus des deux tiers des lits disponibles en Europe pour les soins de santé mentale sont encore concentrés dans des hôpitaux psychiatriques.

L'examen récent de toutes les études scientifiques disponibles a permis de découvrir que, selon certaines de ces études menées en Europe occidentale, le déficit thérapeutique s'élevait à 17,8 % pour la schizophrénie et les troubles psychotiques non affectifs (c'est-à-dire des maladies mentales graves) (2).

En ce qui concerne les autres maladies, le déficit se chiffrait de la façon suivante :

- anxiété généralisée : 62,3 % ;
- trouble panique : 47,2 % ;
- dépression grave : 45,4 % ;
- dysthymie : 43,9 % ;
- trouble bipolaire : 39,9 % ;
- trouble obsessionnel compulsif : 24,6 %.

Il était maximal pour la consommation excessive d'alcool et la dépendance alcoolique, avec un taux de 92,4 %.

Grâce aux enquêtes sur la santé mentale réalisées au niveau mondial à l'initiative de l'OMS et liées à l'Étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux (ESEMED), on dispose depuis peu d'informations provenant de sept pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Ukraine) (7).

- Dans ces pays, 8,2 à 20,4 % de la population ont présenté des troubles mentaux au cours des douze mois précédents l'enquête et chez près de la moitié de ces personnes, la gravité des troubles était moyenne, voire importante.
- Les troubles modérés ou graves ont entraîné une perte de productivité importante.
- Le fait que de nombreuses personnes présentant des troubles subliminaux ont accès au traitement alors que bien d'autres présentant des troubles graves n'y ont pas accès montre que le traitement insuffisant des cas graves n'est pas un problème de manque de ressources, mais bien un problème de mauvaise allocation des ressources disponibles.

Le fait que les malades aient cherché à se soigner ne veut pas nécessairement dire que le traitement ait été appliqué ou qu'il l'ait été correctement. Les données provenant de six pays d'Europe occidentale (8) ont permis d'établir les faits suivants :

- parmi les personnes ayant cherché de l'aide dans le secteur de la santé, un cinquième n'a bénéficié d'aucun traitement ;
- l'utilisation de psychotropes était généralement peu répandue parmi les personnes atteintes de troubles mentaux (32,6 %) ;
- parmi les personnes atteintes de dépression grave, 21,2 % uniquement ont été soignées avec des antidépresseurs ; le recours exclusif aux antidépresseurs était encore moins élevé (4,6 %) et davantage de patients prenaient uniquement des anxiolytiques (18,4 %) (9) ;
- la psychothérapie était utilisée encore moins souvent que la pharmacothérapie.

Un système parvenu à maturité devrait être capable de dispenser des soins à la hauteur des besoins existants, et non pas se fonder sur un calcul établi à partir des chiffres de la population. Une étude réalisée dans les pays nordiques sur les personnes atteintes de schizophrénie vivant en milieu extrahospitalier a ainsi montré qu'en règle générale, l'aide que les patients attendaient des services de soins était nettement supérieure à celle dont ils bénéficiaient concrètement. Les domaines dans lesquels on observait le décalage le plus marqué entre les besoins et les services dispensés étaient le fonctionnement social et les relations humaines (10).

Une répartition inégale des ressources et des services de santé

Pour avoir une efficacité maximale, notamment auprès des groupes vulnérables, les ressources et les services doivent être équitablement répartis (4). Or, les pays de la Région européenne offrent des tableaux très variés sur ce point :

- les deux tiers des pays européens n'ont pas de programme spécial destiné aux minorités ;
- un pays sur deux n'a pas de programme spécial destiné aux réfugiés ou aux populations victimes de catastrophes ;
- près des deux tiers n'ont pas de programme spécial destiné aux personnes âgées ;
- un cinquième n'a pas de programme spécial destiné aux enfants et aux adolescents.

Des services pour les riches et pour les pauvres

L'examen d'un registre très étendu et exhaustif des soins apportés à tous les malades hospitalisés dans des établissements psychiatriques en Belgique en 1997 et en 1998 a révélé que ces soins variaient en fonction du statut socioéconomique. Les personnes appartenant aux catégories socioéconomiques les moins favorisées couraient davantage le risque d'être hospitalisées d'office, soignées dans des hôpitaux n'ayant pas le statut d'hôpital universitaire ou dans des établissements psychiatriques, hospitalisées pendant des durées moyennes excessivement longues et dans des services traitant un éventail de cas plus graves (autant d'indicateurs de mauvaise qualité des services). Elles avaient moins de chances de bénéficier de traitements antidépresseurs et de psychothérapies. L'amélioration observée au niveau de l'état des patients et des symptômes était également moins importante pour ces catégories. En outre, les personnes appartenant à la catégorie socioéconomique la plus défavorisée étaient celles pour lesquelles la probabilité de décéder à l'hôpital était la plus élevée (11).

Une étude menée en France sur un échantillon de la population générale et sur un échantillon de bénéficiaires du revenu minimal d'insertion (RMI), qui ne ciblait pas particulièrement les personnes atteintes de troubles mentaux, a montré que la fréquence de ces troubles chez les bénéficiaires du RMI était nettement plus élevée que dans les autres catégories de la population. L'examen d'un sous-échantillon de personnes souffrant de dépression parmi les bénéficiaires du RMI a permis d'établir que ces personnes n'avaient pas autant recours que les autres aux soins médicaux existants pour soigner leur état. En moyenne, la durée des épisodes dépressifs était plus longue chez les bénéficiaires du RMI, notamment les femmes (12).

Minorités ethniques

Le recours limité aux services d'aide et les voies assez inopportunes et inefficaces empruntées pour aborder les services psychiatriques sont typiques de l'utilisation que font les minorités ethniques des services de santé mentale. Le fait que ces personnes ne soient pas mises en contact avec des services d'aide à un stade précoce de leur maladie est un facteur contribuant à l'aggravation de leur santé mentale et augmente les risques d'hospitalisation d'office, de placement dans une unité de soins psychiatriques de haute sécurité et d'intervention de la police lors du processus d'internement. Ces minorités ethniques finissent parfois par avoir de moins en moins recours aux services de santé mentale, et cette sous-utilisation semble bien être due aux expériences négatives qu'elles ont vécues dans cet environnement (13).

D'après une enquête transversale sur les prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (en doses journalières définies) établie dans 164 cabinets de médecins

généralistes au Royaume-Uni, l'ethnie asiatique à elle seule représente 28 % de la variation des prescriptions d'antidépresseurs et 20,5 % de celle des anxiolytiques (soit plus de la moitié de la variance expliquée), ce qui semble indiquer certaines difficultés pratiques à diagnostiquer et à prendre en charge les patients appartenant à ces groupes dans le cadre de la médecine générale (14). Les minorités ethniques ont bien moins de chances que les autres de se voir proposer des « thérapies par la parole » telles qu'un soutien psychologique : on les traite plutôt par la chimiothérapie et on leur prescrit généralement des dosages plus élevés de médicaments qu'à leurs homologues blancs (13). Les aspects liés aux convictions spirituelles des patients sont rarement considérés comme prioritaires et, lorsque les services de santé mentale en tiennent compte, c'est généralement selon un point de vue chrétien (15).

Les différents stades de l'existence

En 1999, la Société suédoise de psychiatrie gériatrique a mené une enquête dans l'ensemble des comtés suédois afin de faire l'inventaire des organisations et des ressources en services médicaux à la disposition des personnes âgées se plaignant de troubles psychiatriques. Dans certains comtés, il n'existait pas de service de consultations externes spécialement destinés aux personnes âgées atteintes de maladies mentales, et dans plus de la moitié, aucun service de consultations externes n'était destiné aux nombreuses personnes âgées présentant des maladies psychiatriques autres que la démence. Moins de 5 % du nombre total de psychiatres et de gériatres suédois occupaient un poste exclusivement consacré à la psychiatrie gériatrique. Les ressources dans ce domaine n'étaient pas réparties de façon homogène et étaient principalement concentrées dans les villes universitaires ou à proximité de ces dernières (16).

Une étude menée en Angleterre et au pays de Galles sur la répartition et les caractéristiques essentielles des services de consultations externes spécialisés dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a mis en lumière une répartition inégale de ces services et une concentration des lits à Londres et dans le sud-est de l'Angleterre. Ce déséquilibre est encore accentué par le fait que le secteur privé fournit plus du quart des lits et gère une grande partie des services très spécialisés (17).

Prisons

La première enquête exhaustive sur la santé mentale des détenus en Angleterre et au pays de Galles organisée par l'Office for National Statistics a révélé que la morbidité psychiatrique était bien plus élevée dans ce groupe que dans le reste de la population. Seul un prisonnier sur dix ne montrait aucun signe de trouble mental et deux sur dix au maximum n'étaient atteints que d'un type de trouble. Dix pour cent des hommes en détention provisoire et 14 % de l'ensemble des femmes détenues avaient présenté des signes de maladie psychotique au cours de l'année précédant l'enquête en milieu carcéral, contre 0,4 % pour l'ensemble de la population. Plus d'un quart des femmes en détention provisoire déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de la même période et 2 % des personnes en détention provisoire, hommes et femmes confondus, avaient commis cet acte au cours de la semaine précédant l'enquête (18). Différents facteurs peuvent expliquer cette prévalence élevée : la plus grande probabilité d'arrêter des personnes atteintes de troubles mentaux et auteurs présumés d'infractions, les faiblesses des programmes judiciaires d'évaluation, l'insuffisance des services psychiatriques et l'inefficacité de la détection lors de l'incarcération. Les services proposés aux auteurs d'infractions présentant des maladies mentales n'étaient pas équivalents à ceux dont disposent les personnes qui n'ont pas commis d'infractions en termes de

formation du personnel, de conseils sur les politiques ou les pratiques en vigueur et d'intégration aux services généraux de santé mentale au Royaume-Uni (19).

Trouver des solutions

La Déclaration et le Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale ont pour objectifs de garantir la santé des populations et de soulager les souffrances des personnes atteintes de troubles mentaux, grâce à des actions permettant de réduire le déficit thérapeutique et de remédier à l'insuffisance des services, par exemple :

- en élaborant des législations et des politiques nationales globales dans le domaine de la santé mentale ;
- en déterminant si la part du budget sanitaire affectée à la santé mentale est à la hauteur des besoins et du degré de priorité des personnes soignées ;
- en veillant à ce que les personnes les plus gravement atteintes et les plus pauvres bénéficient des avantages relatifs les plus importants ;
- en déterminant si les systèmes basés sur une assurance sociale ou privée offrent une couverture à la fois complète et juste, à un niveau égal à celle garantie pour les autres types de maladies, sans susciter ni exclusion, ni discrimination, et en veillant particulièrement à protéger les groupes les plus vulnérables ;
- en accroissant les moyens dont disposent les services de soins de santé primaires pour détecter et traiter les problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles liés au stress et la toxicomanie, par un renforcement des compétences du personnel soignant et une augmentation des effectifs ;
- en programmant et en mettant en place des services de proximité spécialisés accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept et dotés d'un personnel pluri-disciplinaire, qui soient destinés aux personnes atteintes de maladies graves telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression profonde ou la démence ;
- en permettant aux personnes présentant des problèmes mentaux courants ou graves, notamment les personnes atteintes de troubles chroniques et stabilisés ne vivant pas en milieu hospitalier, d'avoir accès à des médicaments psychotropes et à des psychothérapies simples dans le cadre des services de soins de santé primaires ;
- en garantissant aux malades mentaux l'accès aux médicaments dont ils ont besoin à un coût abordable pour le système de soins de santé et pour la personne concernée, dans l'optique de rationaliser la prescription et l'utilisation de ces médicaments ;
- en veillant à ce que les agents de santé mentale soient équitablement répartis dans la population, notamment auprès des personnes à risque, grâce à la mise au point de mesures incitatives ;
- en veillant à ce que les plans d'action nationaux sur la santé mentale accordent une place prioritaire à la santé mentale et au bien-être psychologique des enfants, des adolescents et des personnes âgées ;
- en accordant une attention particulière aux groupes à risque, notamment aux enfants et aux personnes âgées issus de l'immigration ;
- en créant des services de santé mentale adaptés aux besoins des jeunes et des personnes âgées, qui fonctionnent en étroite collaboration avec les familles, les établissements scolaires, les centres d'accueil, le voisinage, la famille élargie et les amis ;

- en encourageant la mise en œuvre de programmes de développement local dans les zones à haut risque et en renforçant la position des organismes non gouvernementaux, notamment ceux représentant les groupes marginalisés.

Références³

1. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Family Medicine*, 2004, 36:28-34.
2. Kohn R et al. Treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858-866 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/858.pdf>).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/fr/report04_fr.pdf).
4. *Atlas : ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_fre.pdf).
5. Knapp M et al. Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107(Suppl. 416):30-40.
6. Teh-wei H. *An international review of the economic costs of mental illness*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
7. Demyttenaere K et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291:2581-2590.
8. Alonso J et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):47-54.
9. Alonso J et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):55-64.
10. Middelboe T et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 2001, 16:207-214.
11. Lorant V et al. Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107:170-177.
12. Kovess V et al. Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:588-594.
13. Mclean C, Campbell C, Cornish F. African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:657-669.
14. Hull SA et al. Prescribing rates for psychotropic medication amongst east London general practices: low rates where Asian populations are greatest. *Family Practice*, 2001, 18:167-173.

15. Salas S, Jadhav S. Meeting the needs of Muslim service users. *Professional Nurse*, 2004, 20:22-24.
16. Allard P et al. Inventory of geriatric psychiatry in Sweden. In short supply where demand does not determine resource allocation. *Lakartidningen*, 2000, 97:2976-2980.
17. O'Herlihy A et al. Distribution and characteristics of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183:547-551.
18. Singleton N, Meltzer H, Gatward R. *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London, Stationery Office, 1998.
19. Reed J. Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:287-288.

Autres références³

Alonso J et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):38-46.

Bruce ML et al. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:716-721.

Campbell S et al. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *British Journal of General Practice*, 2003, 53:298-304.

Country projects on mental health: selected cases. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Country%20activities%20table%20of%20contents.pdf).

Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C. Utilization of psychiatric inpatient care in Greece: a nationwide study (1984-1996). *International Journal of Social Psychiatry*, 2000, 46:89-100.

Pulling together. The future roles and training of mental health staff. London, Sainsbury Centre for Mental Health, 1997.

Secker J, Hill K. Mental health training and development needs of community agency staff. *Health and Social Care in the Community*, 2002, 10:323-330.

Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/E77922.pdf>).

Suicide rates (per 100,000), by country, year, and sex. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/figures_web0604_table.pdf).

Wells KB et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 262:914-919.

³ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

6. Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe

« On jetait des cailloux à ma fenêtre et des gens venaient frapper à ma fenêtre tous les soirs. J'ai même eu des vitres cassées. On me traitait entre autres de dingue, de cinglée. »
– Pauline Lee, interviewée dans le document vidéo « Open up » (1)

Relever les défis

La stigmatisation est « l'un des problèmes les plus importants rencontrés par les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. Elle porte préjudice à l'estime de soi, contribue à la dégradation des relations familiales et empêche les malades de socialiser, d'obtenir un logement et de trouver un emploi » (2).

Même si la grande majorité des familles doivent faire face, à un moment ou un autre, à des problèmes de santé mentale, les personnes concernées sont toujours confrontées à la peur et aux idées préconçues, et finissent par ressentir un sentiment de honte et d'exclusion. Souvent, la stigmatisation et la discrimination associées à la santé mentale sont tellement préjudiciables que l'on en vient à refuser de demander toute aide de peur d'être catalogué. La lutte efficace contre la stigmatisation et la discrimination requiert une action concertée de l'ensemble des parties concernées (patients, aidants, groupements professionnels et société civile) et le soutien massif des autorités publiques.

Lors d'une réunion de l'OMS tenue à Athènes en 2001, des professionnels de la santé mentale ainsi que des membres d'organisations spécialisées d'Europe du Sud et du Sud-Est ont signé une déclaration dans laquelle ils encourageaient les pouvoirs publics à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Ce document a été accueilli favorablement par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe qui a manifesté son soutien en adoptant, la même année, la résolution EUR/RC51/R5. Lors des tables rondes organisées dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé en 2001, les ministres de la Santé du monde entier ont demandé que des mesures soient prises enfin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Ils ont déclaré que « dans certains pays d'Europe de l'Est, plus de 50 % de l'ensemble des patients sont encore soignés dans de grands hôpitaux psychiatriques. L'exclusion [la stigmatisation] et la discrimination liées aux maladies mentales rendent extrêmement difficile une intervention précoce, en particulier dans les zones rurales » (3).

Les préjugés

Notre société doit faire face à de nombreux préjugés qui, dans un premier temps,

provoquent et alimentent la stigmatisation et, par la suite, entraînent un comportement discriminatoire.

Bien que l'attitude envers les maladies mentales soit moins négative dans le cas de la démence et de la dépression, la perception selon laquelle les malades mentaux sont des personnes à la fois violentes et agressives a augmenté auprès du grand public. Les patients recevant des soins psychiatriques en établissement, les réfugiés et les minorités ethniques souffrant de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables à la discrimination. En outre, il importe de noter que les traitements et les soins psychiatriques sont généralement considérés comme étant moins efficaces que les autres traitements médicaux (4).

Maladies mentales – quelques-uns des principaux mythes

- « Les malades mentaux sont violents et dangereux. »
- « Les malades mentaux sont pauvres et moins intelligents. »
- « Les maladies mentales touchent les faibles. »
- « Les maladies mentales ne peuvent être traitées. »

La stigmatisation empêche les malades de se faire soigner, même si des traitements efficaces sont disponibles. Selon le résultat de plusieurs études, les personnes souffrant de problèmes mentaux finissent souvent par ne pas se rendre dans les cliniques et dans d'autres établissements psychiatriques, même après avoir pris rendez-vous.

Trouver des solutions

En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté les *Principes de protection des personnes atteintes de maladie mentale et d'amélioration des soins de santé mentale* (5). Le document définit les principes et les droits sous-tendant la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les maladies mentales.

Des traitements efficaces

Il existe des traitements efficaces permettant de diminuer les symptômes ainsi que les comportements intempestifs et dérangeants chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Ces interventions peuvent être pharmaceutiques, psychothérapeutiques ou sociales et, pour être menées à bon escient, nécessitent une amélioration de l'aide et des services.

L'administration d'un traitement efficace est essentielle à la lutte contre la discrimination. Les soins apportés aux personnes atteintes d'épilepsie en constituent, d'ailleurs, un excellent exemple. En effet, si l'épilepsie fait toujours l'objet d'une forte stigmatisation, celle-ci l'est beaucoup moins dans les pays où des traitements modernes et efficaces sont disponibles. Pareillement, les changements apportés, dans bon nombre de pays riches d'Europe, aux soins et aux traitements dispensés aux personnes souffrant de déficience mentale, une catégorie de malades ayant toujours été stigmatisée et discriminée, ont radicalement amélioré leurs conditions et leur qualité de vie.

« J'ai vraiment peur de mentionner certains de mes diagnostics. Alors, je dis que je suis atteinte de dépression, ce qui n'est pas si grave aux yeux des gens. J'ai des cicatrices dues à des blessures volontaires, et je ne sais pas ce que les gens doivent généralement en penser, mais cela m'est bien égal maintenant : je suis une rescapée ! »

– Catherine, 33 ans

Emploi et soutien

L'accès à des emplois intéressants est aussi considéré comme l'un des principaux moyens de responsabiliser les malades mentaux. La promotion des débouchés professionnels chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques a une incidence sur l'idée que le public se fait des maladies mentales, ainsi que sur l'opinion que les malades ont d'eux-mêmes. Il existe d'excellents exemples de telles initiatives, comme le mouvement international « Fountain House ».

« Après avoir perdu mon emploi et accepté ma maladie, je me suis dit que plus jamais je ne retravaillerais. Je suis atteint d'une maladie mentale, j'ai plus de 50 ans, mais le miracle est quand même arrivé. Après avoir travaillé pendant un an chez Fountain House, j'ai retrouvé mon amour-propre. Je suis retourné dans le monde du travail. Ma vie a changé. Je suis maintenant sur la voie de la guérison. Je travaille comme monsieur Tout-le-monde. Pourtant, je n'ai pas eu une vie facile. J'ai eu mon lot de problèmes au boulot, peut-être plus encore que quelqu'un en bonne santé. Le travail a pourtant transformé ma vie, et je prends plaisir à surmonter les difficultés que je rencontre. »

– Jón Sigurgeirsson, membre d'un club Fountain House en Islande

Les organisations de patients et de familles sont également primordiales dans la lutte contre la stigmatisation. Celles-ci jouent d'ailleurs un rôle pilote dans beaucoup de pays. Il importe qu'elles bénéficient du soutien et de la coopération des pouvoirs publics et des groupements professionnels. En effet, dans un grand nombre de pays, ces organisations ne sont pas assez puissantes et manquent de ressources économiques. Cependant, il existe dans bon nombre de pays d'excellents exemples d'organisations bien solides grâce au soutien massif dont elles bénéficient. Il est aussi essentiel que ces organisations participent aux consultations visant l'élaboration des politiques.

« En tant que professionnelle de la santé (qui souffre de dépression psychotique), je ne m'attendais pas à ce que mes collègues puissent me stigmatiser. Néanmoins, après toute la publicité faite récemment autour des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), deux collègues expérimentés ont suggéré, lors d'une réunion où ce thème a été notamment abordé, que la dépression était simplement due à des problèmes familiaux, et que l'on devait avoir de vrais troubles psychiatriques pour prendre des anti-psychotiques. C'est justement mon cas mais, comme vous pouvez l'imaginer, ils n'en ont aucune idée. Je n'ai pu que difficilement contribuer à cette réunion. J'ai peine à croire que ces gens se vantent d'être des professionnels de la santé. »

– Anonyme

La législation peut aussi s'avérer utile. Le respect des droits des malades et, notamment, le droit à des soins adéquats et à la protection contre la maltraitance, est particulièrement important lorsque l'on dispense des traitements de force qui, parfois, ne sont pourtant pas nécessaires. Dans certains pays, des lois ont été votées pour accorder des droits spéciaux aux groupes les plus vulnérables de manière à leur garantir un traitement médical et une aide sociale.

Si les campagnes de lutte contre la stigmatisation donnent des résultats variés, parfois difficiles à évaluer, elles jouent toujours un rôle utile dans le combat contre la discrimination. Un large éventail de programmes ont d'ailleurs été élaborés. Au Royaume-Uni, des organisations professionnelles ainsi que des associations de malades et de leur famille ont mené plusieurs campagnes de longue durée. L'Association mondiale de psychiatrie gère un programme mondial afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées à la schizophrénie. Plusieurs groupes d'action locaux ont été constitués dans certains pays (voir les exemples ci-dessous).

« Les gens vous fuient du regard. Les mères à l'école baissent la tête et passent devant vous en vous ignorant, et puis il y a les commentaires, « Celle-là, elle est folle ». »

– Alison McDermott interviewée dans le document vidéo « Open up » (1)

Le rôle des médias

Si notre vision du monde était façonnée uniquement par les médias, aurions-nous une opinion exacte des personnes souffrant de problèmes mentaux et de leur stigmatisation ? Les études réalisées au cours de ces 30 dernières années démontrent de manière convaincante que les médias peuvent largement influencer les systèmes de croyance (6). Comme la grande majorité des malades stigmatisés ne se font pas directement connaître, nous basons nos opinions sur ce que nous voyons au cinéma, à la télévision et dans les reportages. Les médias ont par conséquent un rôle important à jouer dans cette lutte contre la stigmatisation, et ne peuvent diffuser une information exacte que s'ils reçoivent des données correctes et valables.

Quelle influence auront la Déclaration et le Plan d'action ?

La Déclaration et le Plan d'action de l'OMS ont pour but d'éliminer la stigmatisation conduisant les personnes malades à éviter de se faire soigner ou à ne pas adhérer aux soins de peur d'être l'objet d'injustices ou de maltraitements par les individus, la société ou l'État. Le Plan d'action reconnaît (tout en cherchant à changer cette situation) que les malades mentaux font l'objet de remarques désobligeantes, et subissent un renforcement des préjugés négatifs sur leur lieu de travail, dans les médias et dans la presse. En outre, le Plan reconnaît (tout en cherchant à changer cette situation) que ces personnes souffrent du manque d'égalité des chances et de l'absence de législation à cet égard, et qu'elles doivent faire face, dans de nombreux cas, à des injustices et au non-respect des droits de l'homme. Le Plan d'action vise à assurer la réinsertion plutôt que le rejet, luttant de cette manière contre l'exclusion et la stigmatisation dont ont été victimes, dans le passé, les patients des asiles et des établissements psychiatriques.

Afin de relever les défis posés par la stigmatisation et la discrimination, le Plan d'action propose les mesures suivantes :

- encourager les activités visant à lutter contre la stigmatisation, en mettant l'accent sur le caractère très répandu des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable et l'existence de traitements ;
- adopter une législation relative aux droits des personnes handicapées, ou examiner la législation existante, afin que la santé mentale y soit traitée de manière juste et équitable ;
- encourager le retour au travail des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et leur maintien en poste ;
- assurer la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires et dans un environnement facilement accessible tel que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux ;
- encourager la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des ONG.

Quelques exemples

Changer les opinions

En 1998, le Collège royal des psychiatres (Royaume-Uni) a demandé au Bureau des statistiques nationales de sonder l'opinion publique sur six types de maladies mentales

(troubles de l'anxiété, dépression, schizophrénie, maladie d'Alzheimer et démence, troubles de l'alimentation, et alcoolisme et toxicomanie).

« Si seulement ceux qui croient que les malades mentaux n'ont aucune force pouvaient se rendre compte du courage, de la persévérance et de la détermination dont ces patients ont besoin pour faire face à la maladie. »

– Jill Siddle, extrait de *Changing Minds – our lives and mental illness* (7)

Une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de la population adulte générale afin d'obtenir leur avis sur la dangerosité des personnes malades, leur imprévisibilité, leur niveau de responsabilité vis-à-vis de leur état mental, leur capacité à surmonter leur situation, ainsi que sur les difficultés rencontrées en tentant de communiquer avec eux et de comprendre leur situation.

La majorité des personnes interrogées ont émis les opinions suivantes : les personnes souffrant de schizophrénie ou de dépendance sont dangereuses, les troubles de l'alimentation et les dépendances sont des maux qu'ils s'infligent à eux-mêmes et, quelle que soit leur maladie mentale, il est difficile de communiquer avec eux et de comprendre leur situation.

Fort de cette information, le Collège a lancé une campagne sur une période de cinq ans baptisée « Changing Minds: Every Family in the Land » (Changer les opinions : toutes les familles du pays) (8). Elle visait à lutter contre les croyances négatives, s'agissant notamment des difficultés perçues lors de la communication avec les malades, et à commencer un processus de réduction de la stigmatisation envers les six principales pathologies mentales. La campagne s'adressait particulièrement aux médecins, aux enfants, aux adolescents, aux médias et au grand public. L'objectif était l'amélioration de la compréhension et de la communication entre, d'une part, les patients et, d'autre part, les médecins et d'autres soignants. Outre l'organisation d'exposés et la création de possibilités de dialogue, la campagne a également donné lieu à diverses publications (livres, brochures, rapports, articles) ainsi qu'à la production de CD-ROM, d'un film, de documents vidéo, de sites Web.

Une seconde enquête nationale réalisée en juillet 2003 a permis de démontrer une importante diminution d'un grand nombre de croyances négatives.

« Être différent, qu'est-ce que cela veut dire réellement ? »

Le programme « Hoe anders is anders », que l'on pourrait traduire par « Être différent, qu'est-ce que cela veut dire réellement ? », a été lancé à Gand, en Belgique, afin de réunir des adolescents âgés de 16 à 19 ans et des personnes souffrant de maladie mentale (9). S'inspirant du projet de communication orale de Mental Health Ireland, ce programme est organisé depuis 1991 par la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG) (Association flamande pour la santé mentale). Les étudiants vont à la rencontre de personnes atteintes de troubles mentaux, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, pendant au moins trois jours. L'objectif du programme est de permettre un contact humain entre les jeunes et les patients. Il importe également que les deux parties puissent apprendre à se connaître et à découvrir ce qu'elles ont en commun tout en s'amusant.

Chaque année, toutes les écoles participant au projet reçoivent la visite d'un collaborateur de la VVG dont la mission est de fournir des informations sur les pathologies psychiatriques. Une brochure comprenant des explications générales est

remise aux étudiants, tandis que les enseignants reçoivent un dossier d'informations complémentaires.

Lors de la deuxième phase du programme, un patient ou un de ses proches se rend à l'école pour faire part de son expérience personnelle avec la maladie. Un projet est élaboré à la suite d'une prise de contact avec un groupe de patients dans un hôpital, un foyer protégé ou un centre psychiatrique de proximité.

À la fin de l'année scolaire, une conférence est organisée à Bruxelles afin de réunir tous les participants (patients et étudiants). Ceux-ci expliquent les activités mises en œuvre ou montrent une vidéo de leur projet. Lorsque le programme a débuté en 1991, 20 étudiants de cinq établissements scolaires ont participé. En 2003, le nombre de participants est passé à 1 500, et provenaient de 46 écoles. Toutes les unités psychiatriques de Flandre (hôpitaux et services de proximité) collaborent à cette initiative.

Le programme englobe désormais tout un ensemble de projets. Durant l'année scolaire 2003-2004, les activités suivantes ont été notamment mises en œuvre : matches de basket opposant une équipe d'étudiants à une équipe de malades, préparation et organisation d'une fête de Noël dans un foyer protégé, balades à vélo, exposition de tableaux réalisés par les patients et les étudiants, spectacles de musique et de danse, et production d'un film vidéo.

Les journaux tenus par les élèves et leurs professeurs témoignent d'un changement d'attitude pendant la phase de déroulement du projet. Lors de la Conférence de Bruxelles, le 21 avril 2004, l'un des participants a même expliqué qu'il a grandi dans un village où l'on avait peur des malades de l'hôpital psychiatrique. On lui avait même dit d'éviter l'endroit la nuit tombée. « Maintenant », a-t-il déclaré, « j'ai des tas d'amis là-bas, et j'aime bien aller leur rendre visite, même quand il fait noir ».

« Ouvrir les portes »

En 1996, l'Association mondiale de psychiatrie (WPA) a élaboré un programme international visant à combattre la stigmatisation et la discrimination dues à la schizophrénie. Presque dix ans plus tard, ce programme, baptisé « Open the Doors » (Ouvrir les portes) (10), est désormais mis en œuvre en Allemagne, en Autriche, au Brésil, au Canada, au Chili, en Égypte, en Espagne, aux États-Unis, en Grèce, en Inde, en Italie, au Japon, au Maroc, en Pologne, au Royaume-Uni, en Slovaquie, en Suisse et en Turquie.

Il a permis presque 200 interventions visant la lutte contre la stigmatisation, ainsi qu'une amélioration évidente des connaissances et des attitudes à cet égard.

Le programme a été conçu afin de dissiper les mythes et les incompréhensions entourant la schizophrénie. La stigmatisation crée un cercle vicieux d'aliénation et de discrimination qui peut conduire à l'exclusion sociale, l'incapacité de travail, l'alcoolisme ou la toxicomanie, la perte d'un domicile fixe et l'hospitalisation excessive, des situations qui vont toutes limiter les chances de réadaptation sociale. Les préjugés portent atteinte à la qualité de la vie des personnes schizophrènes et de leur famille, et les empêchent de vivre et de travailler avec les autres.

« Open the Doors » possède quatre caractéristiques qui permettent de le distinguer des autres programmes :

- priorité accordée à la schizophrénie ;
- collaboration étroite entre, d'une part, les professionnels de la santé mentale et, d'autre part, les malades et leurs proches en vue de concevoir et de mettre en œuvre les interventions ;
- interventions visant des groupes cibles (notamment les journalistes, les forces de

l'ordre, les médecins généralistes, les étudiants de l'enseignement secondaire et les fonctionnaires) ;

- la portée mondiale du programme qui a permis à de nouveaux groupes d'action locaux de profiter de l'expérience des autres en termes de méthodologies et de supports de communication employés.

Disponible en sept langues, le site Web du programme (10) vient appuyer les efforts mis en œuvre dans beaucoup d'autres pays afin de lutter contre la stigmatisation.

Références⁴

1. *Open up* [vidéo]. London, Mental Health Media, 2004 (<http://www.openuptoolkit.net/home/index.php>).
2. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25:467-478.
3. *Santé mentale : les ministres appellent à l'action*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_WHA_01.1_fre.pdf, consulté le 25 novembre 2005).
4. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1994, 48:275-281.
5. *Principes de protection des personnes atteintes de maladie mentale et d'amélioration des soins de santé mentale*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2001 (version anglaise : <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
6. Edney DR. *Mass media and mental illness: a literature review*. Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004 (<http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass-media.pdf>).
7. Ramsay R et al., eds. *Changing minds – Our lives and mental illness*. London, Royal College of Psychiatrists, 2002.
8. Changing Minds [site Web]. London, Royal College of Psychiatrists, 2004 (<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm>).
9. Hoe Anders Is Anders? [Être différent, qu'est-ce que cela veut dire réellement ?] [site Web]. Gant, VVGG, 2005 (en néerlandais : <http://www.haia.be>).
10. Schizophrenia. Open the Doors [site Web]. New York, World Psychiatric Association, 2004 (<http://www.openthedoors.com>).

Autres références⁴

Consumer/Survivor. Mental health information. Discrimination & stigma [site Web]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/stigma/links.asp>).

⁴Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005, sauf si indiqué autrement.

Harcèlement et discrimination rencontrés par les personnes souffrant d'un handicap psychosocial dans les services de santé : une enquête européenne. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org/fr/projects6.htm>, consulté le 25 novembre 2005).

See me [site Web]. Edinburgh, Highland Users Group, National Schizophrenia Fellowship (Scotland); Penumbra; the Royal College of Psychiatrists (Scottish Division) and the Scottish Association for Mental Health, 2005 (<http://www.seemescotland.org>).

SHiFT. Same world, different view [site Web]. London, National Institute for Mental Health in England, 2005 (<http://nimhe.org.uk/shift/>).

7. Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux

« Mieux vaut prévenir que guérir. »
– Proverbe

Relever les défis

La santé et les coûts sociaux

La bonne santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (1). Il s'agit d'un bien public mondial, d'un élément essentiel de la santé et du bien-être des citoyens européens, et d'un droit de l'homme fondamental. La bonne santé mentale est aussi une condition indispensable pour parvenir à une Europe viable, socialement responsable et productive. Elle renforce la cohésion sociale et le capital social, et améliore la sécurité dans le cadre de vie (2).

Les troubles mentaux et du comportement, qui affectent les personnes de tous âges, quels que soient les régions, les pays et les sociétés, touchent 10 % de la population adulte (1). Plus d'une personne sur quatre en vient à souffrir de problèmes mentaux pendant son existence. En 2002, les troubles neuropsychiatriques représentaient plus de 20 % de l'ensemble des maladies en Europe et des décès prématurés ; à elle seule, la dépression unipolaire représentait plus de 6 % de la charge de morbidité exprimée en AVCI (3). En outre, les problèmes mentaux sont aussi courants chez les personnes souffrant d'une maladie physique ; par exemple, 22 % des personnes atteintes d'un infarctus du myocarde, 27 % des diabétiques et 33 % des personnes atteintes d'un cancer sont victimes de dépression grave (4).

En outre, les coûts socioéconomiques liés aux problèmes de santé mentale sont multiples, durables et considérables. Ils représenteraient entre 3 et 4 % du produit national brut (PNB) (4). Toutefois, en plus des coûts imputables aux aspects suivants – services sanitaires et sociaux, perte d'emploi, baisse de productivité, incidence sur la famille et les gardes-malades, criminalité et insécurité ainsi que le décès prématuré – nombre d'autres coûts difficiles à mesurer n'ont pas été pris en compte, tels que le manque de gagner pour les malades et leur famille (1).

Manque d'action : le prix à payer

Les problèmes de santé mentale constituent une menace pour la santé publique, la qualité de la vie et la stabilité de l'Europe. Les conséquences directes et indirectes des troubles mentaux représentent en effet une charge sanitaire et sociale non négligeable, y compris en termes de discrimination et de marginalisation, de cohésion sociale et d'impact sur l'économie (5).

Le traitement des troubles mentaux peut s'avérer efficace, mais seulement après que la maladie s'est déclarée et que les personnes et leur famille ont déjà souffert. Or, on ne peut parvenir à une bonne santé mentale par l'intermédiaire des traitements uniquement. Les données parues dans deux publications récentes de l'OMS ont montré que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux peuvent s'avérer efficaces et permettre de tirer des gains sanitaires, sociaux et économiques (6, 7).

Une politique publique de santé mentale devrait inclure la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, outre le traitement et la réadaptation. Cela améliorerait la santé et les possibilités de développement personnel ainsi que le capital social des pays européens. Malheureusement, à ce jour, les méthodes de promotion et de prévention fondées sur des bases factuelles n'ont guère été mises en œuvre en Europe.

Les défis

Il est essentiel d'élaborer une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux ; c'est aussi le principal défi à relever si les pays entendent lutter contre les problèmes psychiques et promouvoir la bonne santé mentale des habitants de la Région européenne de l'OMS.

Un deuxième défi de taille a trait au processus de mise en œuvre, qui doit viser à examiner et à promouvoir l'infrastructure et les politiques organisationnelles nécessaires pour assurer le fonctionnement à long terme et la viabilité des programmes fondés sur des bases factuelles.

En outre, la santé mentale est un sujet qui touche tout le monde ; ce n'est pas seulement un thème de santé mentale ou publique, c'est aussi une question d'intérêt général. L'action dans ce domaine est une responsabilité partagée. On peut en effet tirer des gains sur le plan sanitaire et économique moyennant l'appui et l'action de secteurs nombreux et divers. Le troisième défi consiste par conséquent à créer des liens avec ces différents secteurs (notamment l'environnement, la protection sociale, le travail, l'éducation, la justice pénale et le logement) et à en mobiliser l'appui.

Enfin, pour réussir à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux, il doit régner un climat de respect et de protection des droits fondamentaux, civils, politiques, économiques, culturels et sociaux. Sans la sécurité et la liberté que confèrent ces droits, il est extrêmement difficile de maintenir un niveau de santé élevé. Le droit à la santé mentale, consacré dans un certain nombre d'accords internationaux, devrait être respecté par les pays.

Trouver des solutions

Les bases factuelles

On dispose aujourd'hui de données qui montrent que les interventions et les stratégies visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies mentales s'avèrent efficaces et donnent toute une série de résultats dans les domaines sanitaire, social et économique, lorsqu'elles sont dûment mises en œuvre (6, 7).

On citera notamment des interventions portant sur les publics et les thèmes suivants : nourrissons et enfants de moins de sept ans ; enfants d'âge scolaire ; mauvais traitements infligés à l'enfant et privation de soins ; troubles des conduites ; violence et agression ; utilisation de substances pouvant entraîner une dépendance tout au long de l'existence ; appui parental ; et stress, anxiété et dépression. Par exemple, lorsqu'un nourrisson ou un enfant en bas âge fait l'objet d'un appui parental

limité et de mauvais traitements et que ses parents sont atteints de troubles mentaux, il peut être sujet à des dépressions et à de l'anxiété au cours de son existence, un phénomène qui peut se transmettre d'une génération à l'autre. Un attachement et un soutien familial et social solides peuvent, en revanche, réduire de tels risques. Un appui parental et une éducation efficaces, dès la grossesse, contribuent à améliorer la résistance de l'enfant, son niveau scolaire et son bien-être mental, et à réduire les risques d'anxiété et de dépression susceptibles d'apparaître au cours de son existence.

Non seulement les politiques sanitaires, mais aussi celles d'autres secteurs, comme les transports, l'éducation, l'urbanisme, les soins de santé, la nutrition et le travail, peuvent contribuer à améliorer considérablement les soins de santé mentale de proximité (2). Par exemple, le travail, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, exerce une grande influence sur les facteurs liés à la santé mentale, y compris les revenus, les réseaux sociaux et l'estime de soi. L'insécurité professionnelle, le chômage et un emploi peu valorisant présentent des risques pour la santé mentale et font augmenter l'anxiété et la dépression. Grâce à la formation professionnelle et la formation à la recherche d'emploi, les groupes très vulnérables ont plus de chances de retrouver un emploi de meilleure qualité et mieux rémunéré, ont davantage de succès dans leur recherche d'emploi et sont moins sujets à la dépression et à la tension mentale. Les initiatives des pouvoirs publics en vue de réduire les variations du cycle économique, ainsi que les politiques relatives à l'emploi telles que le partage de poste, la réduction du temps de travail et la sécurité de l'emploi pendant les périodes de difficultés économiques, limitent les risques de perte d'emploi et de chômage et leurs incidences sur la santé mentale.

Planification de la promotion et de la prévention en santé mentale

Pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, les pays de la Région européenne de l'OMS devraient élaborer des plans d'action spécifiques ou des stratégies globales qui devraient être approuvés par les plus hautes instances politiques à tous les niveaux. Les mesures doivent porter sur toute la durée de vie des personnes pour permettre aux enfants et aux familles de démarrer une vie saine ; prévoir des stratégies au niveau scolaire en vue de renforcer la résistance des enfants ; et traiter de la prévention et de la promotion en santé mentale chez les adultes et les personnes âgées. Les ressources financières pourraient par exemple provenir d'un fonds spécial alimenté par les taxes sur le tabac et l'alcool. En outre, afin d'anticiper les difficultés à venir, il faudrait appuyer l'élaboration de politiques efficaces de santé mentale par les mesures suivantes :

- renforcement des capacités et participation d'autres secteurs ainsi que de non-professionnels ;
- mise en œuvre efficace ;
- évaluation et suivi de la mise en œuvre et des résultats ;
- garantie de la viabilité des pratiques aux niveaux local et national.

Renforcer les capacités et faire participer d'autres secteurs ainsi que des non-professionnels

Si l'on veut prévenir les troubles mentaux et promouvoir la santé mentale, il faut faire participer un large éventail de professionnels ainsi que des citoyens actifs et bien informés. Les États membres de la Région devraient renforcer les capacités par le biais de l'éducation en s'assurant :

- que des connaissances, compétences et comportements pertinents en la matière sont transmis aux professionnels de la santé ;
- que les praticiens ont accès à des programmes de formation continue ;
- que, grâce aux enseignements qu'ils ont reçus, les professionnels de la santé publique sont prêts à agir en qualité de facilitateurs, de médiateurs et de défenseurs de la santé mentale dans tous les secteurs, et à déterminer des initiatives possibles et à les mener en collaboration avec tout un ensemble de parties prenantes ;
- que, par l'éducation qu'ils ont reçue, les professionnels d'autres secteurs sont prêts à reconnaître l'importance des politiques et des actions qu'ils mènent en faveur de la santé mentale de la population.

Des programmes de recherche interdisciplinaire devraient être disponibles afin de développer les compétences en recherche nécessaires pour évaluer et améliorer la qualité et l'efficacité des pratiques dans ce domaine. Enfin, on doit encourager les non-professionnels à prendre activement part à la promotion de la santé mentale, non seulement en tant que personnes auxquelles les professionnels dispensent un traitement, mais aussi en tant que défenseurs compétents et très engagés de la santé mentale dans le contexte de leur famille, de la vie locale, des établissements scolaires et sur les lieux de travail.

Appuyer la mise en œuvre des programmes

Il est essentiel, lors de l'application plus généralisée des programmes ou des politiques, que ceux qui les mettent en œuvre, en collaboration avec ceux chargés de leur évaluation, puissent garantir la qualité de ces programmes ou politiques, en fournissant l'appui nécessaire à leur réussite, et en les adaptant à tel ou tel contexte culturel.

Les mesures susceptibles d'être prises afin de mettre en œuvre une politique de promotion en santé mentale peuvent varier en fonction du niveau de responsabilité et du cadre politique existant. Il faudrait recourir davantage à des outils administratifs, financiers et de gestion ainsi qu'à des mesures qui touchent à la mise en œuvre, la recherche et la formation, et qui soutiennent ces domaines. Il sera essentiel de faire un plus grand usage de l'assurance qualité dans la phase d'application et l'amélioration continue des mesures mises en place. On devrait aussi réfléchir plus avant aux mécanismes utilisés pour informer, faire participer et promouvoir les réseaux féconds d'influence et de développement au sein des sociétés civiles. C'est à ce niveau décentralisé que la plupart des engagements visant à promouvoir la santé mentale seront en fait pris et que des activités seront menées.

Évaluer les programmes existants et les incidences des politiques

Dans la Région européenne de l'OMS, les pays devraient mettre au point, utiliser et présenter un ensemble commun d'indicateurs, notamment sur la santé mentale et les troubles mentaux, sur les déterminants de la santé mentale ainsi que sur les infrastructures, politiques et programmes existants pour promouvoir la santé mentale et prévenir les problèmes. Il est essentiel d'évaluer les coûts, les avantages et l'incidence de programmes de ce type afin d'étendre la base de connaissances nécessaire à une prévention efficace. Il faudrait prêter une attention particulière aux résultats des programmes et politiques disponibles, et étudier en particulier leur stabilité, leurs effets à long terme, leur sensibilité culturelle et leur rentabilité, ainsi qu'à la façon dont ils peuvent être améliorés (7). Tous les secteurs devraient rendre des comptes sur l'incidence des politiques et des programmes qu'ils mettent en œuvre, et reconnaître les avantages qu'ils tirent de la promotion et de la protection de la santé mentale. On doit donc

évaluer l'incidence sur la santé mentale de tous les programmes et politiques sociaux ou économiques, ainsi que de tous les projets de développement susceptibles d'avoir des répercussions sur cette question. Par ailleurs, il est indispensable de recourir davantage à l'assurance de la qualité au niveau de la mise en œuvre ainsi qu'aux contrôles des politiques de promotion de la santé mentale.

Assurer la viabilité des programmes

L'incidence des programmes fondés sur des bases factuelles relatives à la santé mentale des populations dépend de la durée de leur mise en œuvre. L'efficacité des programmes est souvent limitée par des obstacles à leur mise en œuvre durable. Le rapport de l'OMS sur la prévention des troubles mentaux (7) souligne que les interventions devraient :

promouvoir et s'appuyer sur les ressources locales pour pouvoir tirer le meilleur parti, à long terme, de leurs incidences au niveau des populations. Pour que la santé mentale et la santé générale soient bénéfiques à plus long terme, il est essentiel de rendre des comptes au niveau local pour appuyer des stratégies durables dans le cadre d'organismes sanitaires. Afin de renforcer la viabilité des programmes et des politiques mis en œuvre, les autorités gouvernementales et les dispensateurs de services devraient choisir des programmes qui puissent reposer sur les infrastructures ou les ressources existantes. On pourrait inclure des aspects de la promotion et de la prévention en santé mentale ainsi que de la prévention des troubles mentaux dans des programmes de promotion de la santé et des politiques sociales qui existent déjà et qui se soient avérés efficaces dans les établissements scolaires, sur les lieux de travail et au niveau local.

Quelques exemples

L'Écosse : une approche globale de la promotion de la santé mentale

Les objectifs du Programme national pour l'amélioration de la santé mentale et du bien-être en Écosse (8) sont les suivants :

- sensibiliser le public à la santé mentale et aux problèmes mentaux et promouvoir la bonne santé mentale et le bien-être affectif ;
- limiter la stigmatisation des maladies mentales et la discrimination dont font encore l'objet les personnes souffrant de problèmes mentaux ;
- prévenir le suicide et contribuer à lutter contre ses incidences ;
- promouvoir et appuyer la réadaptation sociale des personnes atteintes de problèmes mentaux.

Ce programme concerne des stades de l'existence et des cadres de vie différents, et notamment la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, le troisième âge, l'emploi et la vie professionnelle, les soins de santé mentale de proximité ou de secteur, le bien-être et les services publics. Ce programme, en tant que démarche stratégique nationale destinée à promouvoir la santé mentale de la population, fait partie intégrante de la politique de santé mentale qui contribue à améliorer la santé et la prospérité économique et à favoriser le bien-être pour tous. Au titre de ce programme, une stratégie en termes de recherche et d'évaluation a été mise en œuvre, dont chaque élément principal fait l'objet d'une évaluation indépendante. Ce programme vise à recueillir et à diffuser des bases factuelles pour l'amélioration de la santé mentale et à soutenir l'élaboration de méthodes adaptées. Les actions qu'il prévoit sont appuyées par une stratégie de mise en œuvre, et les organismes concernés collaborent étroitement, en tirant le meilleur parti des infrastructures disponibles.

Finlande : promouvoir la santé mentale des enfants

En Finlande, le Projet européen de promotion à un stade précoce (9), qui a démarré en 1997, vise à élaborer des méthodes de promotion des relations entre parents et enfants, dès leur plus jeune âge, ainsi que des méthodes de prévention efficaces des troubles psychosociaux dans des familles avec des nourrissons et des enfants en bas âge. Ce projet national a permis de former plus de 2 000 infirmières de soins de santé primaires dans la moitié des localités du pays entre 1997 et 2002. Le programme de formation s'inspire notamment d'un manuel sur l'identification des facteurs de risque et des interventions ciblées à mener dans le domaine des soins de santé primaires, en collaboration avec des professionnels, et notamment ceux qui travaillent dans les services de garde d'enfants et les services sociaux.

En outre, depuis 2001, dans le cadre du projet « Famille efficace » (10), un soutien est fourni à des enfants dont les parents sont malades mentaux, le but étant de prévenir l'apparition de troubles mentaux chez l'enfant. Ce projet aide les familles à aller de l'avant, en particulier lorsque l'un des parents est atteint de problèmes mentaux, et apporte un soutien aussi bien aux parents qu'aux enfants pour faciliter leur développement sain, et les aider à faire face aux situations difficiles. Utilisé par des professionnels de la protection sociale et des soins de santé et par différentes parties prenantes et organisations associées, ce programme encourage l'adoption de méthodes de prévention et établit un mode de coopération entre les services destinés aux adultes et ceux destinés aux enfants. Il se fonde sur une démarche psycho-éducative, par la coopération avec la famille dans son ensemble, à l'aide de la méthode de travail définie par W.R. Beardslee favorisant l'intervention préventive dans la famille et de la méthode « Let's talk about children » (Parlons des enfants).

Les Pays-Bas : un personnel spécialisé dans la prévention des troubles mentaux

Les Pays-Bas sont dotés d'un vaste système de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux dans le cadre des services de santé, des cliniques et des institutions non gouvernementales. Dans nombre de ces services, des équipes spécialisées de promotion et de prévention, financées par les pouvoirs locaux ou par le système national d'assurance maladie, se consacrent à la santé mentale. L'Institut Trimbos, l'institut national de la santé mentale et du traitement des assuétudes (11), joue un rôle de coordination dans ce domaine. Il exerce un suivi et informe les décideurs au sujet de l'organisation des services de soins et de prévention, de leur facilité d'accès et de leur qualité. Pendant plusieurs décennies, les équipes de prévention de 50 centres psychiatriques de proximité ont mis au point une série de programmes de prévention pour répondre aux besoins de chaque région ou arrondissement. Par la loi, il incombe en particulier aux services locaux, comme par exemple aux établissements scolaires, de promouvoir la santé mentale universelle. Parmi les programmes mis en œuvre au niveau national, on citera notamment le cours intitulé « Surmonter la dépression », qui a été adapté à différents groupes (et en particulier aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées), ainsi que des services de prévention à l'intention des enfants dont les parents souffrent de troubles mentaux. Deux universités dispensent des cours sur la prévention et la promotion. La majorité des 1 000 experts en prévention ont suivi une formation spécialisée et sont membres de l'Association néerlandaise pour la prévention et l'éducation sanitaire. Par ailleurs, grâce au programme de recherche national élaboré par le Conseil néerlandais pour la recherche et le développement dans le domaine de la santé, les programmes de santé mentale fondés

sur des bases factuelles sont systématiquement améliorés en termes de conception, d'évaluation et de mise en œuvre.

Europe : réseau de Promotion de la santé mentale en action (IMHPA)

Avec la participation de 28 pays et coparrainé par la Commission européenne, le réseau IMHPA fournit une tribune, à l'échelle européenne, qui permet à la fois de soutenir la définition de priorités en matière de politiques et de diffuser des connaissances fondées sur des bases factuelles dans les domaines de la prévention et de la promotion en santé mentale. Le réseau IMHPA a élaboré un Plan d'action européen pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, un cadre de politique général qui recense les initiatives hautement prioritaires visant à améliorer la santé mentale en fonction de leur efficacité prouvée et de leurs possibilités de mise en œuvre (2). Ce Plan d'action justifie les actions à engager et expose les bases factuelles indispensables à la réussite des méthodes et des stratégies de mise en œuvre pour chaque option politique, en fournissant un cadre permettant d'élaborer des plans d'action efficaces aux niveaux national ou régional. Par ailleurs, le réseau IMHPA compile actuellement un registre en ligne d'interventions fondées sur des données probantes pour la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale en Europe, qui décrit les programmes, les résultats et les principales caractéristiques de leur mise en œuvre. Afin de favoriser la diffusion et la mise en œuvre des projets et d'encourager les partenariats et l'action au niveau national, les homologues de chaque pays forment des alliances auxquelles participent des personnels de santé à différents niveaux professionnels. Ces alliances ont pour objet d'échanger des informations sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, d'entamer un travail de coopération et de faire progresser la situation aux niveaux national et régional.

Mobilisation des parties prenantes

Engager les partenaires de la santé mentale à participer

On doit mobiliser et faire participer un grand nombre de parties prenantes si l'on veut élaborer et mettre à profit des politiques et des actions multisectorielles en faveur de la santé mentale. Des structures et des processus devraient exister à tous les niveaux pour faciliter la collaboration sur une base commune entre tous les acteurs et les secteurs. Nombre de ces partenaires potentiels n'ont pas conscience des avantages qu'ils pourraient tirer à investir dans la promotion de la santé mentale. Il faut donc résoudre les problèmes posés par des méthodes ciblées sur un seul secteur et des budgets, des activités et des objectifs structurels spécifiques ; l'un de ces problèmes est l'absence de mécanismes de coopération permettant de rassembler ces parties prenantes. Le secteur de la santé peut donner l'impulsion en prenant activement part à la promotion, en plaidant la cause de la santé mentale et en encourageant d'autres secteurs à participer à des activités multisectorielles et à partager des ressources et des objectifs communs.

Il faut créer des partenariats de ce type à différents niveaux (international, national, régional et local), qui engagent la participation d'un large éventail d'acteurs : organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, professionnels du secteur sanitaire et d'autres secteurs, industrie et secteur privé, médias et société civile. Il est indispensable que tous les secteurs participent de sorte que les programmes reflètent les priorités, bénéficient d'un large appui et soient viables. Toutes ces initiatives visent à élaborer des modèles de planification participative, tels que des comités statutaires et

des conseils dotés de mandats à long terme, des groupes officiels travaillant en partenariat, des groupes de travail spécialisés ainsi que des accords de partenariat spéciaux et plus informels.

Les ONG, en particulier, sont des partenaires essentiels qui permettent d'assurer une transparence en santé mentale ; elles sont une composante vitale de la société civile contemporaine, en ce sens qu'elles sensibilisent le public à des questions et des préoccupations qui les concernent, qu'elles plaident en faveur du changement et qu'elles instaurent un dialogue sur les politiques. Celles qui se consacrent à la défense des droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, et notamment celles qui défendent les droits des enfants, des minorités religieuses ou ethniques et des handicapés physiques et mentaux, revêtent une importance particulière. Il faudrait renforcer leur rôle dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

Références⁵

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/fr/>).
2. *A policy for MHP and MDP*. Nimègue, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf).
4. *Investir dans la santé mentale*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf).
5. Jané-Llopis E, Anderson P. A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental disorders. In: Knapp M, McDauid D, Mossialos E, Thornicroft G, eds. *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead, Open University Press (sous presse).
6. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
7. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
8. *National Programme for Improving Mental Health and Well-being in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (http://www.wellontheweb.org/well/well_MainTemplate.jsp?pContentID=910&p_applic=CCC&p_service=Content.show&).
9. *The European Early Promotion Project: evaluation of a needs based approach to the promotion of child development and prevention of mental health problems*. Tampere, University of Tampere Medical School, 2005 (http://www.uta.fi/laitokset/laaket/bio/research/childpsychiatry_europeanearlypromotion.html).
10. *Effective Family Project*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).

11. Institut Trimbos. Institut néerlandais de la santé mentale et du traitement des assuétudes [site Web]. Utrecht, Institut Trimbos, 2005 (<http://www.trimbos.nl/default2.html>).

Autres références⁵

Implementing Mental Health Promotion Action network [site Web]. Nimègue, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).

Réseau européen sur l'économie de la santé mentale [site Web]. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).

⁵ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

8. Santé mentale et vie professionnelle

« La santé mentale des employés peut avoir une grande incidence sur les performances d'une entreprise, au même titre que les relations du travail ou que la qualité des formations. »
– Howard Davies, directeur général de la Confédération de l'industrie britannique

Relever les défis

Le monde du travail : un environnement en mutation

Le lieu de travail est l'un des principaux environnements qui affectent notre santé physique et mentale. En évolution permanente, le monde professionnel connaît des mutations considérables, comme l'illustrent notamment l'essor du télétravail, l'utilisation accrue des technologies de l'information et de la communication ainsi que le développement du secteur des services, autant d'éléments qui modifient nos habitudes de travail. Parmi d'autres changements, on citera en particulier l'augmentation du travail autogéré et en équipe ainsi qu'une évolution des schémas professionnels (compressions de personnel, externalisation, sous-traitance et mondialisation) (1). Du fait notamment de l'apparition de modes de gestion tels que le système de livraison « juste à temps » et de l'exploitation d'entreprises « au plus juste », les employés doivent faire face à des exigences de flexibilité croissantes en termes de nombre et de fonctions des compétences, de travail posté et d'horaires décalés (2). À cela, il faut ajouter l'effet du vieillissement et la participation accrue des femmes et des immigrants dans la population active en Europe (1). Tous ces changements posent de nouveaux problèmes pour la santé mentale et le bien-être des individus dans le monde du travail.

Comment le travail affecte-t-il la santé mentale ?

Le travail a des répercussions complexes sur la santé mentale. D'une part, il est source de satisfaction et de réalisation personnelles, de contacts humains et de sécurité financière, conditions qui sont toutes indispensables à une bonne santé mentale. D'autre part, le manque d'activité professionnelle ou le chômage peuvent avoir des effets négatifs sur notre bien-être mental. Pour ceux qui perdent leur emploi, le risque de présenter des symptômes dépressifs et de souffrir d'une véritable dépression est deux fois plus grand que pour les autres (3). Lorsque le travail est mal organisé et que les risques sur le lieu de travail n'ont pas été convenablement traités, notre santé mentale et notre bien-être peuvent s'en ressentir.

Le stress lié au travail est la réaction que peuvent avoir ceux qui sont exposés à des contraintes et à des pressions trop fortes par rapport à leurs connaissances et à leurs compétences, leur capacité à faire face étant ainsi mise à rude épreuve. Les risques liés au stress dépendent des fonctions occupées, de la charge et du rythme de travail, de

l'organisation des horaires et du niveau de participation et de contrôle dans la prise de décision. La plupart des causes du stress ont trait à la façon dont le travail est conçu et dont les organisations sont gérées. Il existe aussi d'autres sources de stress, comme la promotion professionnelle, le statut et le salaire, le rôle de l'individu au sein de l'entreprise, les relations humaines, la culture de l'organisation et les relations vie privée-travail (4).

Le stress ne touche pas tout le monde de la même façon. Il peut être à l'origine de violences au travail ou de comportements toxicomaniaques (tabagisme, alcoolisme, consommation de drogues, multiplicité des partenaires sexuels, jeu, goût immodéré pour les technologies modernes). Il engendre des troubles psychologiques tels que l'irritabilité, l'incapacité à se concentrer, la difficulté à prendre des décisions ou les troubles du sommeil. Le stress à long terme ou certains événements traumatisants dans le cadre professionnel peuvent provoquer des maladies mentales (anxiété et dépression) qui aboutissent à un absentéisme et à une incapacité au travail. Au Royaume-Uni, les troubles psychiatriques sont la troisième cause de congés de maladie de longue durée pour les femmes et la quatrième pour les hommes. Les salariés déprimés prennent entre 1,5 et 3,2 jours de congés de maladie de plus par an que les autres et perdent environ 20 % de leur productivité (5). Le stress lié au travail est aussi associé à des maladies et à des problèmes de santé physique : infarctus du myocarde, hypertension, ulcères, céphalées, douleurs cervicales et dorsales, éruptions cutanées et faible résistance aux infections (3).

Pour une organisation, le stress peut se traduire par des taux élevés d'absentéisme et de rotation du personnel, des problèmes de discipline et de sécurité, un manque de motivation, des performances médiocres, et des tensions et des conflits entre collègues. En outre, le stress nuit à l'image de l'organisation, tant au niveau interne qu'externe, et peut contribuer à l'augmentation du nombre d'actions en justice et de demandes d'indemnités présentées par des employés qui en sont victimes (4).

Autre phénomène souvent observé sur le lieu de travail : le harcèlement psychologique. Il est causé par la détérioration des relations humaines et par des dysfonctionnements structurels. L'une des formes les plus répandues est le harcèlement moral ou l'intimidation. Il s'agit d'un comportement répété et anormal dirigé contre un employé ou un groupe d'employés et générant un risque pour la santé et la sécurité. Il implique un abus de pouvoir, face auquel les personnes visées peuvent éprouver des difficultés à se défendre (6). L'exclusion, le commérage, l'humiliation, l'incitation de collègues à s'en prendre à une victime, la moquerie, le harcèlement sexuel, la diffusion de fausses informations, les menaces de violence et les insultes en sont quelques exemples (7).

Quelle est l'ampleur du problème ?

D'après une étude menée en 2000 dans les 15 États membres de l'UE, plus de la moitié des 160 millions de travailleurs déclarent être soumis à un rythme très soutenu (56 %) ou à des délais très serrés (60 %) pendant au moins un quart du temps. Plus d'un tiers n'ont aucune influence sur les tâches à exécuter ; 40 % jugent leur travail monotone.

Ces facteurs de stress sont sans doute en partie responsables des problèmes de santé mentionnés par les travailleurs : 15 % de la population active de l'UE en 2000 se plaint de céphalées, 23 % de douleurs cervicales, 23 % de fatigue, 28 % de stress et 33 % de lombalgies. Près d'un employé sur dix indique avoir fait l'objet d'intimidation sur son lieu de travail (8). Selon une enquête internationale menée récemment

auprès de partenaires essentiels dans les nouveaux États membres de l'UE et les pays candidats, pour près de 90 % des sondés, le stress est considéré dans leur pays comme une cause de maladie et, de même que le harcèlement moral, il résulte d'une mauvaise organisation du travail (9).

Les données fournies par les États membres sont inquiétantes. En Autriche, 1,2 million d'employés se disent stressés par leur travail du fait de délais serrés. Au Danemark, 8 % déclarent souffrir « fréquemment » d'épuisement psychologique. En Allemagne, 98 % des comités d'entreprise affirment que le stress et la pression au travail ont augmenté ces dernières années et 85 % mentionnent un allongement des heures de travail. En Espagne, 32 % des employés décrivent leur travail comme stressant. En Suède, neuf employés de bureau sur dix déclarent travailler chaque jour sans relâche et 40 % ne pas prendre le temps de déjeuner (10).

Combien le stress coûte-t-il ?

Dans les 15 États membres de l'UE (avant l'élargissement de mai 2004), le coût du stress lié au travail et des problèmes de santé mentale connexes représenterait en moyenne entre 3 et 4 % du PNB, à savoir 265 milliards d'euros par an (11). Dans ces pays, le stress lié au travail uniquement coûterait aux entreprises et aux pouvoirs publics quelque 20 milliards d'euros du fait de l'absentéisme et des dépenses de santé associées, outre le prix à payer pour la baisse de productivité, la rotation croissante du personnel et la moindre capacité à innover (12).

Au Royaume-Uni, en 2000, un salarié sur cinq était « extrêmement » ou « très » stressé en raison de facteurs liés au travail. Les maladies liées au stress y sont chaque année responsables de pertes correspondant à 6,5 millions de jours ouvrés, ce qui coûte environ 571 millions d'euros aux employeurs et la somme considérable de 5,7 milliards d'euros à l'ensemble de la société. En Suède, en 1999, 14 % des 15 000 salariés en congé de maladie de longue durée ont évoqué comme motifs le stress et la tension mentale. Pour l'État, le coût total des congés de maladie cette année-là s'élevait à 2,7 milliards d'euros. Aux Pays-Bas, en 1998, les troubles mentaux constituaient la principale cause d'incapacité (32 %) et le coût des maladies psychologiques liées au travail est estimé à 2,26 millions d'euros par an (10).

Sommes-nous tous égaux face au stress ?

En matière de stress lié au travail, les risques ne sont pas les mêmes pour tous. Certains groupes (jeunes et personnes âgées, femmes, minorités ethniques, travailleurs itinérants et immigrants) sont plus vulnérables que d'autres. Dans les entreprises qui ont connu des changements importants tels qu'un rachat, ou qui ont mis en place de nouveaux modes de gestion, le personnel est aussi davantage exposé (12).

Le harcèlement psychologique sur le lieu de travail est également lié à des disparités sociales et à une discrimination fondée sur les caractéristiques et l'origine des personnes, comme c'est très souvent le cas dans l'administration publique et la défense (14 %) et dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'hôtellerie, des transports et des communications (12 %). L'agriculture et la pêche ainsi que la fourniture de services publics (gaz, électricité, etc.) enregistrent les plus faibles taux (3 %) (8).

Quelles réponses les systèmes de santé peuvent-ils apporter ?

Les chiffres susmentionnés laissent entendre que le stress lié au travail et les risques psychosociaux entraînent une lourde charge en termes de problèmes de santé et de coûts socioéconomiques. Les politiques, systèmes et services de santé doivent apporter

une réponse appropriée dans ce domaine. Jusqu'à présent, la plupart des politiques et des services conçus pour prévenir et éliminer les risques sanitaires sur le lieu de travail étaient principalement axés sur les risques physiques et faisaient abstraction des risques psychosociaux et des effets du travail sur la santé mentale.

Par conséquent, dans nombre d'États membres, la législation sur la santé et la sécurité au travail ne traite pas des problèmes de santé mentale liés à l'activité professionnelle. Les services de médecine du travail actuels, qui aident les employeurs et les salariés à évaluer les risques professionnels, manquent de personnel compétent et d'outils pour mettre au point des indicateurs de prévention performants susceptibles de limiter les risques psychosociaux dans le monde professionnel. En outre, en Europe, rares sont les salariés (moins de 15 %) qui ont accès à des services de ce type. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont victimes de discrimination au travail et doivent surmonter divers obstacles pour trouver un emploi ou reprendre leur activité après avoir été malades.

Trouver des solutions

Le Plan d'action de l'OMS sur la santé mentale en Europe souligne l'importance d'interventions sur le lieu de travail visant à améliorer la santé mentale. Pour atteindre cet objectif, dans chaque pays, les gouvernements, organismes et employeurs peuvent prendre des mesures destinées à réduire les effets du stress lié au travail et des autres risques psychosociaux sur la santé de la population active, et à améliorer l'accès à l'emploi et l'insertion sociale des malades mentaux.

Ces mesures consisteront notamment à inclure les aspects liés à la santé mentale, au niveau national, dans les politiques, lois et programmes consacrés à la santé et la sécurité au travail, ainsi que dans les stratégies de gestion d'entreprise. Il importe également que tous les employés, et en particulier ceux qui sont très exposés, aient accès à des services de médecine du travail capables de mettre au point des mesures efficaces pour protéger leur santé mentale.

Il convient d'améliorer les capacités en matière de protection et de promotion de la santé mentale sur le lieu de travail grâce à l'évaluation des risques, la gestion du stress et des facteurs psychosociaux, la formation du personnel et la sensibilisation. En outre, la santé mentale liée au travail devrait faire l'objet d'une surveillance, rendue possible par la mise au point d'indicateurs et d'instruments appropriés.

Des politiques doivent être élaborées et mises en œuvre au niveau des États, des secteurs d'activité et des entreprises afin que la maladie mentale ne fasse plus l'objet de discrimination dans le monde du travail. Il convient également d'encourager l'adoption de mesures destinées à favoriser la réintégration, la réadaptation et la formation professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux et à adapter les lieux de travail et les pratiques professionnelles à leurs besoins particuliers.

Quelques exemples

Les bonnes pratiques dans le domaine de la santé mentale au travail se traduisent par l'adoption de mesures au niveau national et par le secteur privé.

Mesures prises au niveau national

Plusieurs États membres ont déjà inclus des aspects liés à la santé mentale dans leur législation nationale sur la santé et la sécurité au travail. De telles mesures constituent des bases solides qui permettront d'assurer la protection et la promotion de la santé mentale dans l'environnement professionnel.

Loi sur l'environnement professionnel (Suède)

« Les conditions de travail doivent être adaptées aux différentes capacités physiques et mentales des individus. L'employé doit avoir la possibilité de participer à la conception de son cadre professionnel... Les technologies, l'organisation et le contenu du travail doivent être conçus de telle sorte que l'employé ne soit pas soumis à des contraintes physiques ou à un stress mental susceptibles de causer une maladie ou des accidents... Il convient d'éviter ou de limiter les conditions de travail soumises à des restrictions ou des contrôles trop importants. Des efforts doivent être accomplis pour faire en sorte que le travail soit varié et qu'il offre des possibilités de contact social et de coopération, ainsi qu'une cohérence entre différentes tâches. »

Aussi bonnes soient-elles, les lois ne donneront des résultats concrets que si elles sont dûment mises en œuvre. Par exemple, l'administration danoise chargée de l'environnement du travail (Arbejdstilsynet) comprend des psychologues qui effectuent des inspections là où des employés se sont plaints de symptômes de stress dû à une lourde charge de travail, à des délais rigoureux et à un manque de prévention et de plans d'urgence dans des établissements où règnent les violences et les menaces. Le travail répétitif et les problèmes psychosociaux figurent parmi les priorités fixées par le programme gouvernemental sur la santé et la sécurité au travail pour la période 2002-2005 (13).

Mesures prises par le secteur privé

Quelle que soit la cause des problèmes de santé mentale, l'employeur et la direction doivent faire face aux principales questions ci-après lorsqu'ils tentent de répondre aux besoins de leurs employés :

- reconnaissance et acceptation de la santé mentale en tant que préoccupation légitime de l'organisation ;
- mise en œuvre efficace des dispositions antidiscriminatoires prévues au niveau national ;
- programmes de prévention, de traitement et de réinsertion qui répondent aux besoins des employés en matière de santé mentale.

Les programmes d'intervention visant à améliorer la santé mentale sur le lieu de travail devraient :

- prévoir un système de détection précoce (alerte avancée) ;
- faire participer l'ensemble des personnes concernées à la gestion de projet ;
- être intégrés dans la philosophie de la direction ;
- envisager des interventions à différents niveaux – individu, environnement social et conditions de travail (5).

Le programme antistress du Mental Health Trust (Royaume-Uni)

Le Mental Health Trust, qui fournit des services dans une grande partie du Royaume-Uni, s'est rendu compte que les maladies liées au stress dont souffraient ses employés représentaient 20 % des causes d'absentéisme. Il a donc mis en place un programme pilote de lutte contre le stress afin de réduire l'anxiété et les tensions de ses employés. Ce programme a notamment permis la création d'un groupe de gestion du stress, d'un groupe d'écoute pour les représentants des employés, d'un atelier sur le stress dans l'entreprise et de groupes d'action. Grâce à ce programme, la part du stress dans les causes d'absentéisme a été réduite de 3 % (3).

Mesures prises par les partenaires sociaux

Il est naturel que les syndicats participent à l'élaboration de programmes d'intervention visant à réduire le stress professionnel et à promouvoir la santé mentale sur le lieu de travail. En Belgique, par exemple, une fédération syndicale a réalisé une étude intersectorielle à grande échelle pour déterminer les principales causes du stress. En Allemagne, le syndicat des métallurgistes mène une campagne énergique dont le slogan est « L'entreprise : le lieu du crime – charges psychologiques – sous l'emprise de la terreur ». Dans certains pays, et en particulier en Allemagne, en Belgique, au Danemark, au Royaume-Uni et en Suède, le stress figure dans les conventions collectives signées entre les partenaires sociaux et les employeurs (10).

Références⁶

1. Cox T, Rial-González E. Stress lié au travail : panorama européen. *Magazine de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail*, 2002 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/fr/index_3.htm).
2. Commission européenne. *Manuel d'orientation sur le stress lié au travail – Piment de la vie... ou coup fatal ?* Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_fr.pdf).
3. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (http://www.who.int/mental_health/media/en/73.pdf).
4. Leka S et al. *Work organisation and stress*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 3) (http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf).
5. *Sector: working adults (final report)*. Dortmund, Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2003.
6. *Harcèlement moral sur le lieu de travail*. Bilbao, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002 (Fiche d'information 23 ; http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/23/fr/FACTSHEETS23-FR_PDF).
7. Cassito MG et al. *Raising awareness of psychological harassment at work*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 4; http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehharassmentc.pdf).
8. Paoli P, Merlié D. *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*. Luxembourg, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2001 (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121FR.pdf>).
9. Iavicoli S et al. Fact-finding survey on the perception of work-related stress in EU candidate countries. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, Institut national pour la prévention et la sécurité au travail, 2004:81-97.

⁶ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

10. Koukoulaki T. Stress prevention in Europe: trade union activities. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, Institut national pour la prévention et la sécurité au travail, 2004:17-27.
11. Levi L. Piment de la vie ou coup fatal ? *Travailler sans stress*. 2002, 5:11-13 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/fr/MAGAZINE5_FR.PDF).
12. Konkolewsky HH. Stress speech: European week for safety and health. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, Institut national pour la prévention et la sécurité au travail, 2004:29-43.
13. Graversgaard J. Key role of labour inspection. How to inspect psycho-social problems in the workplace? In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, Institut national pour la prévention et la sécurité au travail, 2004:65-76.

9. Alcool et santé mentale

« À la première coupe, l'homme boit le vin ; à la deuxième coupe, le vin boit le vin ;
à la troisième coupe, le vin boit l'homme. »

– Proverbe

« L'alcoolisme n'est pas un sport de spectateur.
Un jour ou l'autre, c'est toute la famille qui participe. »

– Joyce Rebeta-Burditt, femme de lettres

Relever les défis

La Région européenne de l'OMS est celle où la quantité d'alcool absorbée est la plus importante au monde. Cette substance, qui représente le troisième facteur de risque évitable dans la Région, constitue l'une des principales causes de troubles mentaux, d'accidents et de traumatismes (1). La consommation d'alcool est un important problème de santé mentale et un facteur déterminant de la charge mondiale de morbidité.

Les troubles liés à l'alcoolisme sont classés dans la catégorie des troubles mentaux et reconnus comme tels. Lorsqu'elle atteint des niveaux dangereux et nocifs, la consommation d'alcool s'accompagne de toute une série de problèmes mentaux et comportementaux. L'alcoolisme a également des conséquences sociales dans la mesure où il a des effets défavorables sur la vie, et de fait sur la santé mentale de ceux qui vivent ou travaillent avec une personne alcoolodépendante.

Les troubles liés à l'alcoolisme sont évitables et, même s'il n'est pas réaliste d'imaginer en venir complètement à bout, il existe tout un éventail de mesures permettant de réduire considérablement les dommages causés par l'alcool, dont l'efficacité n'est plus à prouver.

L'interaction entre l'alcool et les troubles mentaux peut se manifester de différentes façons :

- les personnes atteintes de maladie mentale ont plus de risques d'avoir des problèmes liés à l'alcool ;
- les personnes atteintes de troubles liés à l'alcool ont plus de risques de présenter d'autres problèmes de santé mentale ;
- l'abus d'alcool par une personne atteinte de maladie mentale peut :
 - compromettre l'efficacité du traitement ;
 - conduire à une aggravation des symptômes ;
 - augmenter le risque d'alcoolodépendance ;
 - avoir des interactions négatives avec les médicaments prescrits ;
 - contribuer à une altération de l'humeur à long terme.

La prise en charge des problèmes liés à l'alcool devrait être incorporée dans toute initiative de santé publique relative aux troubles mentaux. Certes, il existe des mesures préventives fondées sur des données probantes au niveau des individus et de la population ; parmi les options politiques les plus efficaces, citons par exemple les taxes sur

l'alcool, la limitation de l'offre de boissons alcoolisées et les mesures de rétorsion en matière d'alcool au volant. Pour autant, malgré les progrès de la science, les problèmes d'alcool constituent toujours aujourd'hui un défi majeur pour la médecine et la santé publique.

Quelle est l'ampleur du problème ?

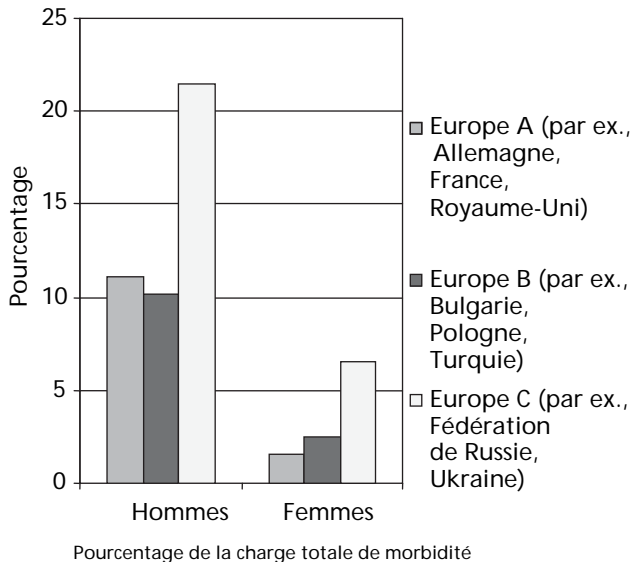
À l'échelle mondiale, l'alcoolisme est à l'origine de 1,8 million de décès et de 4 % de la charge totale de morbidité, selon les mesures effectuées dans le cadre de l'étude de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité. À elles seules, les blessures involontaires représentent près d'un tiers des 1,8 million de décès, alors que les maladies neuropsychiatriques représentent près de 40 % de la charge totale de morbidité (2).

Dans la Région européenne, 86,8 millions de personnes (soit 99 pour 1 000) présentent des niveaux de consommation d'alcool nuisibles qui entraînent chaque année 15,4 millions d'AVCI du fait de maladies et de décès prématurés. Sur ce total, 5 millions d'AVCI (32 %) sont perdus du fait de maladies neuropsychiatriques.

Chez les hommes, la morbidité liée à l'alcool est bien plus importante que chez les femmes, le rapport étant de 5 pour 1 (figure 9.1). Les méfaits de l'alcool sur la santé et la société ne touchent pas uniquement les buveurs, mais aussi d'autres personnes. Sur ce point, les femmes supportent une part disproportionnée du fardeau que représentent les dommages causés par l'alcoolisme chez les autres (3).

Les politiques visant à réduire les dommages dus à l'alcool améliorent donc la santé des buveurs et sauvent leur vie, mais elles peuvent également avoir un impact plus large sur la santé et le bien-être de leur famille, de leur entourage et de la société au sens large du terme.

Figure 9.1. Proportion de la charge de morbidité imputable à l'alcoolisme, par sous-régions et par sexe, en 2000, dans la Région européenne de l'OMS



Source : Rehm (4).

Alcool et dépression

Le lien étroit entre consommation et dépression est un fait avéré. La surconsommation d'alcool peut entraîner une dépression, qui à son tour peut conduire à des niveaux de consommation dangereux et nocifs et à des troubles. Les études menées sur des personnes sous traitement ont démontré que l'un des effets de la surconsommation alcoolique à long terme était l'augmentation des symptômes dépressifs, qui tendent à disparaître avec la diminution ou l'arrêt de la prise de boissons alcoolisées. On est en droit d'espérer que les politiques visant à réduire la consommation d'alcool, notamment chez les gros buveurs, réduira la charge de morbidité liée à la dépression.

Alcool et suicide

Le lien entre la consommation d'alcool et le suicide ou les tentatives de suicide chez les gros buveurs est également un fait avéré. Le risque de comportement suicidaire dans ce groupe augmente avec la comorbidité psychiatrique. On a également constaté que les taux de suicide augmentaient en même temps que la consommation par habitant. Chez les plus jeunes, ce taux semble être encore plus lié à la consommation par habitant que dans les groupes plus âgés. En outre, la recherche semble indiquer que les taux de suicide tendent à être plus sensibles aux fluctuations de cette consommation d'alcool par habitant dans les cultures où l'on boit de l'alcool de façon irrégulière mais en très grande quantité. Au niveau de la population, le rapport entre consommation d'alcool et suicide est donc conditionné par des facteurs culturels et, d'un point de vue global, ce rapport est plus net dans les cultures où l'ébriété est une caractéristique prédominante des schémas de consommation.

Alcool et schizophrénie

Une personne alcoolodépendante court plus le risque d'être atteinte de schizophrénie et, à l'inverse, un schizophrène court plus le risque de devenir alcoolodépendant, par rapport à la population générale. La plupart des études cliniques, des déclarations des patients et des observations cliniques empiriques semblent indiquer que la surconsommation d'alcool entraîne une nette aggravation des symptômes de la schizophrénie. Par ailleurs, il semblerait que près de 30 % des patients présentant une comorbidité consomment des quantités nocives d'alcool avant l'apparition des premiers signes de la schizophrénie.

Alcool, agression et violence

Il existe des liens étroits entre l'alcool d'une part, la violence et la criminalité d'autre part, et les recherches effectuées semblent indiquer que l'alcool joue souvent un rôle moteur dans les agressions. L'importance de ces liens semble dépendre de facteurs culturels et les modes de consommation jouent apparemment un rôle conséquent dans l'apparition de la violence. Les effets de l'alcool sont donc à la fois influencés par l'environnement et par des caractéristiques propres au buveur.

Trouver des solutions

La consommation de boissons alcoolisées est une coutume acceptée presque partout dans le monde. Or, l'alcool est étroitement lié aux troubles mentaux et il représente l'un des principaux facteurs de maladie, de traumatisme, d'invalidité et de décès prématuré. Si l'on accordait davantage d'importance aux politiques de lutte antialcoolique axées sur la santé publique, à la prévention, aux interventions de courte durée et aux traitements, on pourrait éviter une part considérable de la misère humaine.

Pour prendre un exemple, la campagne de lutte contre l'alcoolisme menée de 1985 à 1988 en Union soviétique a entraîné une nette diminution de la consommation d'alcool. Ce phénomène s'est accompagné, sur la même période, d'une chute brutale de la mortalité. Pour chaque litre d'alcool pur consommé en moins par habitant dans la seconde moitié des années 1980, le taux comparatif de mortalité par âge est tombé à 2,7 %. La consommation d'alcool s'est remise à augmenter au début des années 1990 et s'est traduite par une augmentation spectaculaire de la mortalité entre 1990 et 1994. La situation s'est améliorée entre 1994 et 1998, mais, depuis 1999, la mortalité est à nouveau en hausse. L'évolution de l'espérance de vie enregistrée en Fédération de Russie au cours des 20 dernières années est la conséquence d'un schéma complexe de tendances suivies par les différentes causes de décès. Selon les indications disponibles, l'alcool aurait joué un rôle important dans cette fluctuation.

Même les interventions de courte durée peuvent avoir une influence sur la réduction de la consommation d'alcool. Une méta-analyse portant sur 43 de ces interventions menées dans le cadre des soins de santé primaires et apparentés, qui étaient destinées aux populations ne cherchant pas à suivre de traitement particulier, a démontré que de simples conseils permettaient de réduire les effets de la consommation d'alcool, notamment l'ivresse, les symptômes de l'alcoolodépendance et les problèmes au regard de nombreux aspects de la vie, et que cette diminution était 12 % plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle.

Toutefois, en dépit de l'importance du rôle joué par l'alcool dans bon nombre de problèmes de santé mentale, peu d'éléments indiquent que les stratégies de planification de la promotion de la santé mentale aient visé en particulier les habitudes de consommation d'alcool nocives et dangereuses.

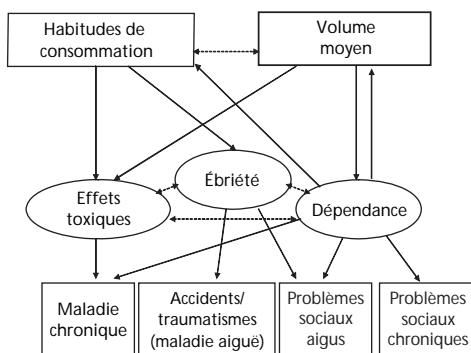
Les recherches menées récemment nous ont permis de bien mieux comprendre le lien entre la consommation d'alcool et le fardeau que représente ce phénomène pour la société. Les professionnels de la santé doivent donc véritablement renforcer leurs activités de défense de la santé et agir en faveur de politiques visant à réduire les dommages dus à l'alcool, notamment dans le cas de la comorbidité associant troubles mentaux et troubles du comportement.

En tant que facteur de risque, la consommation d'alcool présente deux aspects : le volume moyen et les habitudes de consommation (figure 9.2). D'après les données provenant de la recherche, il existe une relation de cause à effet entre le volume moyen d'alcool consommé et plus de 60 types de maladies et de traumatismes. De plus en plus d'éléments indiquent que les modes de consommation jouent un rôle important dans le lien qui unit l'alcool et les dommages qu'il cause. Il est également important de souligner que 40 % de la charge de morbidité due à l'alcool est imputable à des situations aiguës et qu'une prévention quasiment immédiate est donc possible.

Les moyennes relatives à la consommation d'alcool cachent en fait d'importantes variations en termes de niveaux et d'habitudes de consommation des personnes. Ainsi, dans chaque population, il existe des individus qui ne boivent pas du tout d'alcool. La plupart des autres boivent peu ou modérément. Enfin, les gros buveurs, même s'ils ne sont qu'une minorité, représentent une partie assez importante de la quantité totale d'alcool absorbée.

Pour autant, les effets négatifs de la consommation d'alcool ne touchent pas uniquement la minorité facilement identifiable des gros buveurs, des buveurs excessifs et des buveurs dépendants. De nombreuses personnes buvant modérément ou occasionnellement de l'alcool souffrent elles aussi de problèmes liés à cette substance, notamment lorsqu'elles le font pour s'enivrer. Et peu importent les quantités

Figure 9.2. Modes de consommation d'alcool, effets intermédiaires et conséquences à long terme



Source : Babor et al. (5).

absorbées : le risque de dépendance commence dès que l'on boit, même peu, et augmente progressivement plus le volume global d'alcool absorbé est important et plus l'on prend l'habitude de boire ponctuellement de grandes quantités d'alcool.

Cela étant, la majorité des personnes qui boivent de l'alcool doivent y trouver un intérêt puisqu'elles n'hésitent pas à dépenser de l'argent pour le faire. En fait, l'incidence et la nature des bienfaits et des méfaits de l'alcool varient considérablement d'une société à l'autre, au même titre que les habitudes et les aspects culturels liés à la consommation d'alcool.

À long terme, il sera nécessaire d'élaborer des politiques et des programmes en matière d'alcool inscrits dans la durée et visant à :

- réduire les pratiques de consommation dangereuses ou nocives ;
- exclure l'alcool du cadre de certaines activités telles que la conduite ou l'utilisation de machines, du lieu de travail et de la grossesse ;
- réduire le volume global de consommation d'alcool ;
- proposer une aide appropriée aux personnes ayant des problèmes d'alcool, et notamment à celles présentant à la fois des troubles mentaux et comportementaux.

Mesures prises au niveau régional

Les problèmes liés à l'alcool surviennent dans des situations très différentes et touchent des catégories de personnes très variées. Pour être valables, les politiques devront donc combiner différentes mesures.

L'OMS a adopté trois textes fondamentaux qui offrent un cadre d'action au niveau de la Région européenne.

Depuis 1992, le Plan d'action européen contre l'alcoolisme sert de base à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes en matière d'alcool dans les États membres. Pour la période 2000-2005 (6), ce plan entend prévenir et réduire les dommages que peut entraîner la consommation d'alcool dans l'ensemble de la Région européenne.

La Charte européenne sur la consommation d'alcool (7), adoptée par les États membres en 1995, énonce les principes directeurs et les stratégies à adopter pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être de tous les habitants de la Région. Elle

demande à tous les États membres d'élaborer des politiques complètes de lutte contre l'alcoolisme et de mettre en œuvre des programmes qui tiennent compte de la situation sociale, juridique et économique et du contexte culturel propres à chaque pays.

La Déclaration sur les jeunes et l'alcool (8), adoptée par les États membres à Stockholm en 2001, vise à protéger les enfants et les jeunes contre les pressions qui s'exercent sur eux pour les inciter à boire, et à limiter les dommages qu'ils subissent directement ou indirectement du fait de l'alcool. Elle réaffirme les cinq principes de la Charte européenne sur la consommation d'alcool et souligne le fait que les politiques de santé publique relatives à l'alcool doivent être guidées par les intérêts de la santé publique, sans interférence d'intérêts commerciaux.

Le Plan d'action, la Charte européenne et la Déclaration de Stockholm ont ouvert la voie à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures efficaces dans le domaine de l'alcoolisme et, ce faisant, ont contribué à la politique sanitaire générale de la Région.

Plan d'action européen contre l'alcoolisme

Les objectifs généraux du Plan d'action pour la période 2000-2005 (6) sont les suivants :

- sensibiliser davantage aux dommages qui peuvent résulter de la consommation d'alcool, mener une action éducative à cet égard et obtenir un soutien pour des politiques de santé publique visant à prévenir ces dommages ;
- réduire les risques de problèmes liés à l'alcool qui peuvent exister dans divers cadres, tels que le foyer, le lieu de travail, le quartier ou les lieux de consommation de boissons alcoolisées ;
- réduire l'ampleur et la gravité des dommages liés à l'alcool, tels que les décès, les accidents, les actes de violence, les sévices à enfants et le délaissement d'enfants, et les crises familiales ;
- offrir des traitements accessibles et efficaces aux personnes qui ont une consommation d'alcool dangereuse et nocive et à celles qui souffrent d'une dépendance à l'alcool ;
- offrir une meilleure protection contre les pressions à consommer des boissons alcoolisées qui s'exercent sur les enfants, les jeunes et ceux qui choisissent de ne pas boire d'alcool.

Charte européenne sur la consommation d'alcool

Cette Charte (7), qui a été adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool » (Paris, 12-14 décembre 1995), énonce les cinq principes éthiques et buts indiqués ci-dessous en vue de réduire les conséquences négatives de la consommation d'alcool en Europe.

- Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.
- Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et une information objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.
- Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.

- Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.
- Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

Déclaration sur les jeunes et l'alcool

Les jeunes sont les plus exposés aux effets de la consommation d'alcool et l'alcool constitue le risque évitable le plus important pour la charge de morbidité des adolescents et des jeunes adultes. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, 19-21 février 2001) a adopté une déclaration (8) contenant les principaux points suivants :

- reconnaissance de l'alcool en tant que problème important pour la santé des jeunes ;
- possibilité de faire participer directement les jeunes au processus d'élaboration des politiques ;
- nécessité de déterminer, aux niveaux national et local, des objectifs visant à réduire les effets de l'alcool sur la santé des jeunes ;
- reconnaissance du fait que les politiques en matière d'alcool visant les jeunes devraient s'insérer dans une action plus vaste de la part de la société, la consommation d'alcool chez les jeunes reflétant, dans une large mesure, l'état d'esprit et les pratiques de l'ensemble de la société adulte.

Références⁷

1. Rehm J. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9:147-156.
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).
3. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9:165-175.
4. Rehm J. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – An overview. *Addiction*, 2003, 98:1209-1228.
5. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
6. *Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67947.pdf>).
7. *Charte européenne sur la consommation d'alcool*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7?language=French).
8. *Déclaration sur les jeunes et l'alcool*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1?language=French).

Autres références⁷

Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies in Alcohol*, 2004, 65(6):782-793.

Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Maffli E. Problem drinking and relatives. In: Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).

Petrakis IL et al. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*, 2002, 26(2):81-89.

Rehm J. Alcohol. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.

Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917-921.

Shkolnikov VM, Nemtsov A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, eds. *Premature death in the new independent states*. Washington DC, National Academy Press, 1997.

Tikkanen M. *The love story of the century*. San Bernardino CA, Borgo Press, 1984.

⁷ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

10. La prévention du suicide

« Je pensais en fait que Wendy allait un peu mieux et qu'elle devait tout simplement s'accrocher. Je me rends compte aujourd'hui que c'est précisément à ce moment-là que les êtres sont le plus vulnérables. Ils ont un peu d'énergie et, quand ils réalisent où ils en sont, c'est bien entendu à des années-lumière de ce qu'ils souhaiteraient. Tout leur semble tellement désespérant, comme cela a été le cas pour Wendy, ainsi qu'elle l'a mentionné dans sa lettre. »
– Communication personnelle d'un veuf au conseiller technique, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Relever les défis

Le suicide n'est pas seulement une tragédie personnelle. C'est aussi un grave problème de santé publique, en particulier dans la Région européenne de l'OMS. De 1950 à 1995, le taux de suicide mondial (combiné pour les femmes et les hommes) a augmenté de 60 % (1). Chez les jeunes et les adultes, et en particulier les hommes, il constitue actuellement l'une des principales cause de décès. Dans la Région européenne, pour le groupe d'âges 15-35 ans, le suicide est la deuxième cause de décès la plus fréquente après les accidents de la route.

D'après les dernières données disponibles, 873 000 personnes dans le monde, dont 163 000 dans la Région européenne, décèderaient chaque année par suicide (2). Alors que le suicide serait la treizième cause principale de décès à l'échelle de la planète, il est la septième cause de décès dans la Région. Les taux les plus élevés enregistrés en Europe sont aussi les plus élevés au monde.

Un problème de plus en plus fréquent

Dans les pays pauvres comme dans les pays riches, les troubles mentaux et les comportements autodestructeurs sont en hausse (3). Toutes les prévisions montrent que les conduites suicidaires augmenteront de façon spectaculaire au cours de la décennie à venir si l'on ne prend pas de mesures efficaces de prévention.

Le taux moyen de suicide est de 17,5 pour 100 000 habitants dans les pays de la Région européenne. D'après la base de données européenne de l'OMS de la Santé pour tous (informations sur la mortalité, dernière année disponible) (4), les taux varient considérablement dans la Région, passant de 44,0 en Lituanie, 36,4 dans la Fédération de Russie ou 33,9 au Bélarus, à 5,9 en Italie, 4,6 à Malte ou 2,8 en Grèce. L'écart entre les nouveaux États indépendants (NEI) et les pays de l'UE est de 15,8 pour 100 000 habitants. On observe aussi des différences notables selon les sexes, quels que soient les groupes d'âge. En Lituanie, par exemple, 81,7 sur 100 000 hommes se suicident contre 11,5 sur 100 000 femmes ; pour le Kazakhstan, les chiffres sont respectivement de 58,8 et 9,1 et, pour la Lettonie, de 48,8 et 10,4.

Incidence sociale et coûts économiques

On ne peut mesurer l'incidence psychologique, sociale et financière du suicide sur les familles et la société. En moyenne, un suicide touche intimement au moins six personnes. Dans une école ou sur un lieu de travail, il a des effets sur des centaines de personnes.

Outre la perte directe de la vie, le suicide implique un traumatisme psychique à long terme pour les familles et les amis ainsi qu'une perte de productivité économique pour la société.

La charge du suicide peut être estimée en AVCI. En 2002, les automutilations représentaient 1,4 % de la charge totale de morbidité dans le monde (2) et 2,3 % pour la Région européenne. Les coûts directs tiennent compte du traitement et de l'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide, et les coûts indirects représentent la perte du revenu potentiel d'une vie entière due à une incapacité liée au suicide et à un décès prématuré.

Facteurs de risque

Le comportement suicidaire a nombre de causes sous-jacentes. Il est associé à un ensemble complexe de facteurs indépendants les uns des autres auxquels les individus peuvent être exposés. Ces facteurs sont notamment les suivants :

- facteurs psychiatriques tels que la dépression grave, la schizophrénie, l'alcoolisme et la consommation d'autres drogues, ainsi que les troubles anxieux ;
- facteurs biologiques ou caractères génétiques (antécédents familiaux liés au suicide) ;
- événements marquants (perte d'un être cher, perte d'emploi) ;
- facteurs psychologiques tels qu'un conflit interpersonnel, des cas de violence ou des antécédents de sévices corporels ou sexuels dans l'enfance, et un sentiment de désespoir ;
- facteurs sociaux et environnementaux, et notamment les moyens auxquels on a accès pour se suicider (armes à feu, gaz toxique, médicaments, désherbants et pesticides), l'isolement social et des difficultés financières.

Certains facteurs de risque varient selon l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle et l'origine ethnique. Les groupes marginalisés tels que les minorités, les réfugiés, les personnes sans emploi, les détenus et les personnes sortant de prison, et ceux qui souffrent déjà de problèmes de santé mentale, sont particulièrement exposés.

Facteurs de protection

Toutefois, la présence de solides facteurs de protection peut réduire le risque de suicide. Ceux-ci sont liés à plusieurs éléments : bien-être affectif, intégration sociale par la participation à des activités sportives, des cercles confessionnels, des clubs, etc., relations familiales et amicales, haute estime de soi, aspects physiques et environnementaux tels qu'un bon sommeil, un régime alimentaire équilibré et un environnement exempt de drogues, ainsi que différentes sources de plaisir gratifiant.

Trouver des solutions

Face à ce grave problème de santé publique, des efforts considérables ont été déployés dans nombre de pays pour prévenir le suicide (5). L'OMS a dressé un inventaire actualisé des stratégies nationales adoptées en la matière par les États membres de la Région européenne (6). On peut réduire les taux de suicide si l'on traite la dépression

et l'anxiété. Des études ont d'ailleurs confirmé les effets bénéfiques des antidépresseurs et de la psychothérapie.

À une réunion de l'OMS sur les stratégies de prévention du suicide en Europe, qui s'est tenue à Bruxelles les 11 et 12 mars 2004, des responsables de la santé et des experts en santé mentale et en comportements suicidaires de 36 États membres de la Région ont examiné les bases factuelles et les pratiques actuelles dans ce domaine et formulé des recommandations en vue d'élaborer des stratégies.

Les conclusions de cette réunion peuvent être résumées comme suit :

- le suicide et les tentatives de suicide posent de graves problèmes de santé publique. Dans certains pays, il y a plus de décès dus au suicide que de tués sur les routes ;
- en ce qui concerne les risques et les tendances suicidaires, il faut tenir compte d'aspects importants, tels que l'âge et le sexe, pour élaborer des programmes de prévention ;
- lorsque certains médias mettent en vedette des actes de suicide, cela peut avoir une influence négative sur le public et risque d'entraîner une augmentation des conduites suicidaires.

Les participants à la réunion ont formulé les principales recommandations suivantes :

- la prévention du suicide et des tentatives de suicide nécessite une approche de santé publique. La charge du suicide est telle que cette responsabilité devrait être assumée par l'ensemble du gouvernement, sous la houlette du ministère de la Santé ;
- il faut mettre au point des programmes de prévention du suicide qui prévoient des interventions adaptées aux divers groupes à risque (par exemple, en fonction de l'âge et du sexe), y compris des tâches à confier à tel ou tel secteur (éducation, marché du travail, affaires sociales, etc.) ; ces programmes devraient par ailleurs faire l'objet d'évaluations ;
- les professionnels de la santé, en particulier dans les services des urgences, devraient être formés pour déceler les risques de suicide et devraient coopérer à titre préventif avec les services de santé mentale ;
- il faudrait commencer à sensibiliser dès que possible les professionnels de la santé, mais aussi le public tant aux facteurs de risque qu'aux facteurs de prévention ;
- il convient de mener des travaux de recherche axés sur les politiques et d'évaluer les programmes de prévention ;
- les médias devraient être impliqués dans les programmes de prévention du suicide et être formés à cette question ; en outre, il faudrait promouvoir le code de conduite de l'OMS sur le comportement des médias lié au suicide (7).

Dans le Plan d'action sur la santé mentale en Europe, un certain nombre de mesures spécifiques sont proposées, et notamment les suivantes :

- évaluer les taux de base des indicateurs de stress et déterminer les groupes à risque ;
- cibler les groupes marginalisés dans le cadre de programmes d'éducation, d'information et de soutien ;
- créer des groupes d'auto-assistance et mettre en place des numéros d'appel d'aide et des sites Web destinés aux personnes en situation de crise.

Stratégies de prévention du suicide

Les stratégies de prévention du suicide visent à :

- déterminer et limiter la disponibilité et l'accès aux moyens permettant de se suicider ;
- améliorer les services de santé et promouvoir des services d'appui et de réadaptation pour les personnes ayant des tendances suicidaires ;
- améliorer les procédures de diagnostic et les traitements qui en découlent ;
- sensibiliser davantage le personnel médical à sa propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale ;
- faire mieux connaître les troubles mentaux et les moyens de les déceler à un stade précoce, grâce à l'éducation du public ;
- soutenir la couverture médiatique des actes et des tentatives de suicide ;
- promouvoir la recherche sur la prévention du suicide et encourager la collecte de données sur les causes de ce problème, en évitant les doubles emplois de statistiques.

Exemples de programmes nationaux de prévention du suicide

En Finlande, une Stratégie nationale pour la prévention du suicide (1986-1996) (8) a été mise en œuvre dans l'ensemble du pays, moyennant des dispositions particulières aux niveaux local, régional et national. Elle a été évaluée méthodiquement, tant sur le plan interne que sur le plan externe, et peut être considérée comme un succès (9). Elle porte sur les domaines suivants : éducation du public, amélioration de l'accès aux services de santé mentale, intervention en situation de crise, limitation de l'accès aux moyens permettant de se suicider, formation des professionnels de la santé, sensibilisation aux facteurs de comorbidité, suivi des tentatives de suicide et recensement des individus à risque pour lesquels il est nécessaire d'intervenir à titre préventif. Dans le cadre de ce programme, des actions ont été menées par des professionnels, des services sociaux et des organismes officiels, mais pas particulièrement par des personnes en deuil à la suite d'un suicide.

D'autres programmes nationaux en cours de mise en œuvre sont présentés ci-après à titre d'exemple.

« Choose Life » (Choisir de vivre), la stratégie et le plan d'action nationaux pour prévenir le suicide en Écosse (2002), vise à réduire le taux de suicide de 20 % d'ici à 2013. Un réseau national regroupant des représentants des autorités locales, de différents services (police, ambulance, urgence en cas d'accident et administration pénitentiaire) et d'ONG de premier plan, ainsi qu'un programme national de formation et de renforcement des capacités, ont été créés dans ce cadre. Ces mesures sont mises en œuvre dans 32 collectivités locales. Les plans au niveau local visent à atteindre les trois objectifs suivants :

- parvenir à coordonner les actions de prévention du suicide au niveau de différents services : soins de santé, protection sociale, éducation, logement, police, bien-être et emploi ;
- élaborer des programmes multiprofessionnels de formation afin de renforcer les capacités, le but étant d'appuyer les mesures de prévention du suicide ;
- soutenir financièrement les interventions aux niveaux local et de proximité (10).

Le Plan d'action mis en œuvre en Estonie pour la prévention du suicide détaille des stratégies destinées à différents groupes cibles, des précisions étant données sur les points suivants : objectifs, programmes, délais, types de personnes responsables,

résultats attendus, risques, etc. Il prévoit d'allouer des fonds pour créer un centre national qui serait officiellement chargé de coordonner et d'élaborer des programmes de prévention dans le pays. Des mesures essentielles telles que le suivi des tentatives de suicide et le recensement des individus à risque pour lesquels il est nécessaire d'intervenir à titre préventif sont également prévues.

Le Programme national allemand de prévention du suicide (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland) (2003) (11) est remarquable en ce sens qu'il implique la participation de nombreux groupes de travail, organes administratifs et institutions fédérales. Il prévoit des interventions dans les domaines suivants : éducation du public, intervention en situation de crise, prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes, prévention du suicide sur les lieux de travail, limitation de l'accès aux moyens permettant de se suicider, détection et traitement de la dépression et de troubles connexes ainsi que de troubles psychiatriques spécifiques, formation des professionnels de la santé et sensibilisation aux facteurs de comorbidité.

Des groupes de travail distincts se penchent en particulier sur les problèmes de toxicomanie et sur les populations à risque, ainsi que sur les survivants et les membres de familles en deuil. Le travail en coopération avec les médias est également essentiel dans le cadre de ce programme.

Pour prévenir le suicide chez les adolescents, le Danemark a mis au point un programme éducatif qui a permis de démarrer des projets pilotes dans des établissements d'enseignement, comme des écoles, et auxquels participent différents acteurs : enseignants, intervenants auprès des jeunes, clergé, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. Le programme « Kørekort til en teenager » (que l'on pourrait traduire par *Comment agir avec un adolescent*) vise à donner aux parents des informations essentielles sur le dialogue et la frustration, et à leur apprendre à créer des liens avec leurs enfants⁸.

Lutter contre la stigmatisation

Longtemps considéré comme un sujet tabou, le suicide est toujours lié à un sentiment de honte, de peur, de culpabilité et de malaise. Beaucoup de gens ont du mal à discuter du comportement suicidaire, ce qui n'est pas surprenant puisqu'il est associé à des sanctions religieuses et juridiques extrêmement lourdes. Que l'idée de suicide soit noble ou détestable, courageuse ou lâche, rationnelle ou irrationnelle, il n'en demeure pas moins qu'un appel à l'aide ou le refus d'accepter une forme de soutien contribuent à créer un sentiment de confusion, mais aussi d'incertitude à l'égard de la prévention. Dans nombre de pays, il a fallu attendre le XX^e siècle pour que les sanctions religieuses soient supprimées et que les actes suicidaires cessent d'être considérés comme un crime. Le suicide est souvent perçu comme un acte prédestiné et même impossible à prévenir.

Les tabous et les sentiments de cette nature sont des facteurs importants qui entravent la mise en œuvre de programmes de prévention. Lorsqu'on travaille dans ce domaine, on doit être conscient qu'il faut non seulement améliorer ses connaissances de façon rationnelle, mais qu'il faut aussi faire abstraction des idées reçues et des attitudes en la matière. Cela est indispensable pour pouvoir élaborer des programmes de prévention qui permettent de transmettre des connaissances scientifiques, cliniques et pratiques sur le sujet.

⁸ Pour de plus amples renseignements, s'adresser au Centre de recherche sur le suicide (Center for Selvmordsforskning), Søndergade 17, DK-5000 Odense C, Danemark (tél. : +45 66 13 88 11).

Mobilisation des parties prenantes

L'ensemble de la Région européenne est riche d'exemples illustrant la mobilisation des différentes parties prenantes.

L'Association internationale pour la prévention du suicide (12), une ONG officiellement reconnue par l'OMS, qui rassemble des professionnels et des bénévoles de plus de 50 pays, se consacre à la prévention des conduites suicidaires et s'attache à en limiter les effets. Elle offre en outre une tribune pour les universitaires, les professionnels de la santé mentale, les intervenants dans les situations de crise, les bénévoles et les survivants du suicide.

D'autres organisations jouent un rôle essentiel grâce aux services d'aide gratuits qu'elles offrent à ceux qui ont des tendances suicidaires, par téléphone ou lors de rencontres, par courrier postal ou électronique, sans émettre de jugement et en toute confidentialité. L'une des plus anciennes organisations en Europe, Samaritans (13), a créé un réseau de services d'appui international, géré par des bénévoles formés pour être à l'écoute et faire preuve d'empathie, en vue d'apporter un soutien affectif et confidentiel à toute personne suicidaire et désespérée.

Plusieurs centres de prévention du suicide créés en Europe dispensent des services d'appui et d'intervention précoces – numéros d'appel d'aide en cas de crise, formation à l'intention des intervenants en contact avec le public et des généralistes, soutien aux survivants (amis et famille d'une personne s'étant suicidée) et mènent des activités de recherche et des campagnes de sensibilisation du public au suicide.

Le réseau « Verder » (Aller de l'avant) (14), basé en Flandres (Belgique), apporte un soutien aux survivants du suicide. Fort de quinze groupes chargés de créer et de coordonner des activités visant à aider les survivants à surmonter leur chagrin et leur peine dans l'ensemble de la région flamande, ce réseau a publié une brochure (15) qui contient des informations essentielles sur le deuil à la suite d'un suicide et sur l'aide à donner aux survivants. Cette brochure est distribuée gratuitement auprès des généralistes, des hôpitaux, des centres de santé mentale, des centres d'appel d'aide, des groupes d'entraide, des centres de soins aux victimes et des services sociaux, et les médias en font la publicité auprès du grand public.

Parmi d'autres initiatives prises par ce réseau, on citera la représentation dans l'ensemble du pays d'une pièce de théâtre sur l'expérience des survivants et la remise d'une récompense à des journalistes ayant fait un portrait fiable et respectueux du suicide et des survivants du suicide. Verder est en outre à l'origine de la Charte des droits des survivants du suicide, qui a été approuvée et traduite par d'autres organisations en Europe.

En Ukraine, où le taux de suicide chez les hommes est l'un des plus élevés au monde (61,8 pour 100 000 habitants) (16), l'ONG Santé écologique et humaine (Odessa), qui œuvre en particulier avec l'administration pénitentiaire et l'armée ukrainienne, forme des gardiens de prison et des médecins qui travaillent en milieu carcéral à la prévention du suicide.

Le survivant a le droit :

- de connaître la vérité au sujet du suicide ;
- de vivre pleinement, dans la joie et la peine, sans être stigmatisé ni jugé ;
- de trouver un soutien auprès de sa famille, de ses amis et de professionnels, et de mettre son expérience au service d'autrui ;
- de ne jamais se comporter comme par le passé : il y a une vie avant et après le suicide.

En Serbie-et-Monténégro, l'association « Srce » (Cœur) (17), active depuis plus de dix ans dans la région de Novi Sad, apporte un soutien affectif par téléphone aux

personnes en situation de crise, et met au point des programmes d'information destinés aux adolescents des lycées.

Santé mentale Europe (18), une ONG européenne, milite pour sensibiliser davantage l'opinion à la charge du suicide et pour mieux faire connaître les programmes de prévention au niveau décisionnel. Elle aide ses organisations membres, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, à mener des actions et à mettre en place des projets en coopération avec des institutions nationales et locales, des groupes d'universitaires et de recherche européens, des utilisateurs des services de santé mentale et des organisations sociales.

Références⁹

1. Bertolote JM, Fleischmann S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, 1(3):181-186.
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/index.html>).
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
4. Base de données européenne de la Santé pour tous – indicateurs de mortalité (HFA-MDB) [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1).
5. Réseau des bases factuelles en santé. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>).
6. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002.
7. *From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf).
8. *Suicide can be prevented. Fundamentals of a target and action strategy*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 1993.
9. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. *Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1995: goals, implementation and evaluation*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 1999 (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>).
10. *Choose Life. A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2002 (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/clss.pdf>).

⁹ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

11. *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de/>).
12. Association internationale pour la prévention du suicide [site Web]. Gondrin, Bureau central administratif de l'AIPS, 2000 (<http://www.med.uio.no/iasp/french/>).
13. Samaritans [site Web]. Ewell, Samaritans, 2005 (<http://www.samaritans.org.uk>).
14. Verder [site Web]. Halle, Werkgroep Verder, 2005 (<http://www.werkgroepverder.be>).
15. *WegWijzer voor Nabestaanden na Zelfdoding* [Guide pour les survivants du suicide]. Halle, Werkgroep Verder, 2004 (<http://users.pandora.be/nazelfdoding.gent/WegWijzer2004.pdf>).
16. Krug EG et al., eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
17. Srce [site Web]. Novi Sad, Centar Srce, 2001 (<http://www.centarsrce.org.yu>).
18. Santé mentale Europe [site Web]. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org>).

11. Santé mentale des enfants et des adolescents

« La communauté sanitaire internationale s'inquiète de l'état de santé mental de nos jeunes... il s'agit d'une véritable bombe à retardement et si l'on ne prend pas aujourd'hui les mesures qui s'imposent, ce sont nos enfants, par millions, qui en subiront les conséquences. »
– Dr Hans Troedsson, ancien directeur du programme Santé de l'enfant et de l'adolescent à l'OMS

Relever les défis

Dans la Région européenne de l'OMS, quelque deux millions de jeunes sont atteints de troubles mentaux allant de la dépression à la schizophrénie, et bon nombre d'entre eux ne reçoivent ni soins ni traitement. Pourtant, la santé mentale des enfants et des adolescents est une condition essentielle à la construction de sociétés stables et à leur préservation. Depuis longtemps, l'Europe montre la voie à suivre et élabore des programmes dans ce domaine, mais de nouveaux défis se font jour et il faut redoubler d'efforts pour répondre aux besoins propres au XXI^e siècle. L'immigration, les déplacements de populations, l'évolution de la structure familiale, la dégradation des perspectives d'emploi et le stress perpétuel lié aux conflits ont tous une incidence sur la santé mentale des enfants et des adolescents et, au bout du compte, sur l'état sanitaire des nations et de la Région.

Il est aujourd'hui admis que, dans bien des cas, les troubles mentaux chez l'adulte remontent à l'enfance. La prévalence de nombreux problèmes psychiatriques tels que la dépression et le comportement suicidaire augmente nettement au cours de l'adolescence (1,2).

À l'échelle mondiale, on compte jusqu'à 20 % des enfants et des adolescents présentant des problèmes de santé mentale invalidants (3). Selon les données disponibles, le taux global de pathologies psychiatriques chez les enfants n'aurait pas augmenté au cours des dernières décennies (4). Néanmoins, le nombre de jeunes déclarant spontanément souffrir de dépression a augmenté et les nouveaux cas de maladies sont en hausse. Bien souvent, les troubles sont récurrents ou chroniques.

Quatre pour cent des 12-17 ans et 9 % des jeunes de 18 ans sont atteints de dépression, ce qui fait de cette maladie l'un des troubles les plus répandus, avec toutes les conséquences qu'elle entraîne (5). On diagnostique plus souvent qu'autrefois des troubles mentaux chez les jeunes filles, notamment les symptômes dépressifs. La dépression mène parfois au suicide, qui constitue un problème important dans de nombreux pays et représente la troisième cause de décès chez les jeunes (3). Selon Geller (6), il existe un lien entre le trouble dépressif majeur chez l'enfant prépubère et le trouble bipolaire, le trouble dépressif majeur, les troubles liés à la toxicomanie et le suicide chez l'adulte. La consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents a

de nombreuses conséquences, mais l'une des plus importantes est le lien avec le suicide, avec les autres comportements dangereux tels que la violence et avec les décès par accident de la route. Les taux de comorbidité, c'est-à-dire la coexistence d'un diagnostic d'alcoolisme ou de toxicomanie et d'un trouble psychiatrique, semblent être en hausse. La phase prémorbide ou prodromique de la schizophrénie commence souvent à l'adolescence et une détection et un traitement précoces peuvent favoriser un meilleur pronostic (7).

Quelques exemples d'affections

Deux des diagnostics les plus courants et les plus largement débattus sont l'état de SPT et le trouble hyperkinétique, ou trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). Dans certaines régions d'Europe, en particulier dans les Balkans, le diagnostic de SPT est aujourd'hui chose courante. Les éléments concourant à l'établissement de ce diagnostic donnent une idée de la difficulté qu'il y a à comprendre les pathologies de l'enfant et leurs conséquences. Il est probable que le contexte de conflit et de stress favorise la manifestation de ce trouble, mais les facteurs familiaux, la capacité de l'entourage à faire face et les antécédents psychiatriques jouent tous un rôle à cet égard. De la même façon, le diagnostic du THADA est aujourd'hui établi dans de nombreux établissements de soins, mais il reste toujours sujet à controverse et suscite des questions liées au contexte. Faute de personnel correctement formé, on n'a plus recours à des critères de diagnostic standards. En outre, les troubles peuvent être plus symptomatiques d'un dysfonctionnement familial que d'une psychopathologie individuelle et être dus à des défaillances du système pédagogique. Leibson (8) démontre qu'un enfant présentant un THADA représente un coût médical moyen calculé sur neuf ans de 4306 dollars des États-Unis, contre 1944 dollars pour les enfants ne souffrant pas de ce trouble. Ce chiffre s'explique par un recours plus élevé aux soins de santé d'urgence et par des visites plus fréquentes dans les établissements de soins primaires en consultation externe. Il n'inclut pas les soins dispensés par des psychiatres ou d'autres professionnels de santé mentale.

Les troubles du comportement ont été étudiés dans diverses structures. Il s'agit de l'une des pathologies mentales les plus couramment diagnostiquées chez les jeunes. Au Royaume-Uni, selon les données déclarées, la prévalence des troubles du comportement est de 7,4 % chez les garçons et de 3,2 % chez les filles. Ces taux sont plus élevés dans les quartiers pauvres, les familles monoparentales et les familles sans emploi (9). La prévalence de ces troubles a quintuplé au cours des 70 dernières années dans les pays occidentaux (10). Le diagnostic, qui peut être établi précocement, est important en ce sens qu'il a une incidence sur l'apparition ultérieure de psychopathologies, et en particulier de la délinquance. Les troubles du comportement vont de pair, chez l'adulte, avec la criminalité, les problèmes conjugaux, les problèmes relationnels au travail, le chômage et les problèmes de santé physique (11). Ils peuvent mener à l'échec scolaire, à la consommation de drogue et à la toxicomanie, à l'anxiété, à la dépression et au suicide. De 25 à 40 % des enfants atteints de ces troubles présentent à l'âge adulte une personnalité dyssoziale.

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des troubles de l'alimentation. Au Royaume-Uni, 1 % de la population est concernée. Généralement, on associe l'anorexie et la boulimie mentales à une culture occidentale du corps, du poids et des régimes. Or, si les études semblent corroborer cette hypothèse, elles indiquent également que, lorsque des individus de diverses origines subissent l'influence de cette mentalité occidentale, ils sont atteints de troubles de l'alimentation dans des

proportions comparables à celles des occidentaux (12,13). Il est important de comprendre que ces troubles ont des conséquences pendant tout le reste de l'existence. Une étude réalisée sur des étudiants a montré que 21,6 % des jeunes filles atteintes de troubles de l'alimentation en présentaient encore les critères cliniques dix ans plus tard (14).

Selon la Charte sociale européenne (15), le droit de bénéficier de services essentiels est un droit fondamental ; pour autant, des enquêtes récentes sur les services destinés aux enfants et aux adolescents ont mis en lumière des différences qualitatives et quantitatives considérables quant à l'existence même de ces services et à leur niveau, d'un pays de la Région européenne à un autre. Une étude portant sur 31 pays européens a ainsi montré que la prestation de services et le nombre de pédopsychiatres variaient considérablement entre les pays (16), ce dernier étant compris entre un pour 5 300 et un pour 51 800 jeunes de moins de 20 ans. Il est indéniable que les effectifs en personnel clinique assurant des services pédopsychiatriques sont fonction du niveau de revenus (16,17). Selon les données rassemblées dans le projet Atlas de l'OMS (17), 23 % des pays n'ont pas de programmes destinés aux enfants. Seuls 10 à 15 % des jeunes atteints de problèmes de santé mentale bénéficient d'une aide dans le cadre des services de santé mentale infantile existants. Cette aide est très variable selon les pays : ainsi, en Finlande et en France, il existe un spécialiste en pédopsychiatrie pour 10 000 jeunes de moins de 20 ans, alors qu'au Royaume-Uni, ce chiffre n'est que de un pour 30 000, et de un pour 50 000 ou plus en Serbie-et-Monténégro.

Impact social

Lorsqu'une société abrite en son sein des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux ou ayant un risque de le devenir, c'est l'ensemble de cette société qui est menacée de déstabilisation. Le diagnostic de troubles du comportement et l'existence de troubles mentaux, combinés à la consommation et à l'abus d'alcool et de drogues, sont liés à la violence, à la criminalité, à d'autres comportements antisociaux et à l'incapacité, pour les intéressés, de devenir des citoyens productifs au sein d'un pays ou d'une collectivité.

Financement

Il existe depuis longtemps en Europe des disparités dans le financement des services de santé mentale, et en particulier de ceux spécialisés dans les enfants et les adolescents. Autrefois, dans les pays économiquement forts du nord et de l'ouest du continent, il était relativement facile d'accéder à des services de grande qualité, à peu d'exceptions près. Durant l'ère communiste, les pays d'Europe de l'Est disposaient de services auxquels il était relativement facile d'accéder, bien qu'il n'ait pas toujours été possible d'en contrôler la qualité. À l'heure actuelle, avec le processus de privatisation et la récession qui sévit dans certaines économies, l'accès à ces services est devenu beaucoup plus problématique. L'apparition de la notion de « gestion coordonnée des soins » et de divers systèmes d'assurance, souvent inspirés des pays d'Europe occidentale, ont mis à mal des services qui fonctionnaient, même s'ils étaient plus coûteux.

Le projet Atlas de l'OMS a montré que les familles en sont trop souvent réduites à payer de leur poche les soins dont ont besoin leurs enfants et leurs adolescents atteints de troubles mentaux. L'accès à ces soins s'en trouve bien évidemment limité. Les systèmes de prestation de soins mis en place dans les pays sont assez variables, mais d'une façon générale, on semble renoncer au principe de soins universels financés par l'État. L'accès aux médicaments, notamment aux nouveaux médicaments prometteurs,

est limité lorsque leur coût doit être supporté par ceux qui, bien souvent, ont le plus de difficultés financières.

Trouver des solutions

Des recommandations ambitieuses ont été formulées lors d'une réunion tenue à Luxembourg en septembre 2004 et consacrée à la santé mentale des enfants et des adolescents. Lors de cette réunion, organisée conjointement par la Commission européenne, le ministère luxembourgeois de la Santé et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, on est parvenu à la conclusion qu'il était important d'accorder une plus grande priorité et d'allouer suffisamment de ressources financières à la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents, en intégrant ce domaine aux plans nationaux dans le cadre des politiques nationales de santé publique (18). Les participants ont également mis l'accent sur le recours à des initiatives de proximité, sur la formation et sur la mobilisation des patients. Les recommandations formulées dans le cadre de cette réunion transparaissent dans le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe.

L'Europe doit renoncer aux modes de soins archaïques, où qu'ils existent. Dans la mesure du possible, les enfants et les adolescents doivent être traités dans des environnements garantissant au mieux leur autonomie et respectueux de leurs différences. Les systèmes de santé mentale doivent être adaptés aux conditions propres à un pays donné. L'objectif doit être d'élaborer une gamme complète de soins comprenant une offre de services hospitaliers satisfaisante et des programmes de soins ambulatoires accessibles et adaptés.

Le traitement de la question des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents en Europe doivent s'inscrire dans le respect des droits fondamentaux des personnes concernées, selon les termes de la Charte sociale européenne.

Afin d'éviter l'apparition de ces troubles, il convient en outre de mener des actions de sensibilisation aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, à l'intention des parents, des enseignants, des soignants, etc.

Grâce aux nouvelles techniques de diagnostic, à l'uniformisation des processus en la matière et à une meilleure appréciation des facteurs environnementaux, biologiques et familiaux, il est possible d'établir un diagnostic pertinent et, par conséquent, d'opter pour un traitement adapté. Si l'on veut amener les services de santé mentale pour enfants et adolescents à un niveau qui leur permette de satisfaire les besoins constatés en termes de diagnostic et de traitement, il convient de renforcer les moyens d'action. L'élaboration de bonnes politiques en matière de santé mentale des enfants dans la Région européenne favorisera la mise en place de programmes de formation et les mesures de soutien à des initiatives pédagogiques. À cette fin, l'OMS a récemment publié un manuel intitulé *Child and adolescent mental health policies and plans* (19), qui contient des conseils sur l'évaluation des besoins, la prestation de services rationnels et la mise en œuvre d'une gouvernance responsable et viable. La santé mentale des enfants et des adolescents devrait être clairement intégrée aux plans d'action nationaux pour la santé mentale, et leurs différents volets mis au point en collaboration avec les ministères chargés de l'éducation, des assurances et des affaires sociales, afin de garantir une bonne mobilisation des différents secteurs concernés.

La prévention est un aspect essentiel des services de santé mentale des enfants et des adolescents. Il est clair que la prévention des troubles présente un intérêt économique et qu'elle sert au mieux les intérêts de l'enfant, de sa famille et de la

collectivité. Des progrès importants ont été réalisés en matière d'élaboration de programmes de prévention, mais ces programmes ne sont pas encore très répandus et ne bénéficient pas d'un soutien très important. La prévention et la promotion sont des aspects primordiaux de la santé mentale infantile. Elles entrent en effet dans le cadre d'une perspective plus globale des soins aux enfants qui doit intégrer les problèmes de santé mentale.

Alors que les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents intéressent beaucoup les médias et sont souvent au cœur des débats sur les systèmes éducatifs et judiciaires, le soutien financier et législatif dont bénéficient les services chargés de traiter ces problèmes, de même que la formation, accusent un retard considérable dans la Région européenne. Les initiatives actuelles de réforme de l'économie et des soins de santé menacent les services de soins et les systèmes de formation relativement bien développés dans les pays à revenus élevés. Dans les pays à faibles revenus, le système de protection garanti à ceux qui en ont le plus besoin a été affaibli par les réformes économiques et politiques. Si l'on ne trouve pas les moyens de financer des services performants, les sociétés prendront de plein fouet les conséquences, chez les adultes, de troubles mentaux non détectés et non traités chez les enfants et les adolescents.

L'Europe a déjà commencé à mener des actions de coopération en matière de formation et elle doit poursuivre sur cette voie et multiplier ses efforts. Les recommandations en matière de formation professionnelle publiées par l'UE des médecins spécialistes plaident clairement en faveur de soins de grande qualité adaptés aux besoins des intéressés. Ces recommandations doivent être suivies par tous si l'on veut garantir l'instauration de normes et de stratégies communes en matière de soins de santé. Le programme Tempus de la Commission européenne constitue un modèle de coopération, en matière de formation, entre les programmes déjà en place et les programmes en cours d'élaboration.

Quelques exemples

À Marbourg (Allemagne), on a eu recours à un service mobile de santé mentale infantile pour suivre les patients ayant été hospitalisés, recevoir de nouveaux cas en consultation psychiatrique infantile et assurer une mission d'encadrement auprès d'établissements pour enfants. Cette unité mobile se composait de trois professionnels : un pédopsychiatre, un psychologue et un assistant social. Elle parvenait à toucher des personnes incapables ou refusant de s'adresser à un grand établissement spécialisé. Cette unité a pu ainsi dispenser des soins de qualité de façon efficace et rationnelle dans des environnements qui, sinon, n'auraient jamais pu en bénéficier (20).

En Finlande, le Projet Famille efficace (21) assure des services sanitaires et sociaux dans l'optique de venir en aide aux familles et de prévenir l'apparition de troubles chez les enfants. Ce programme tente d'établir un rapprochement entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adulte et l'action sociale. Il comprend notamment une initiative visant à renforcer la résilience des enfants en les aidant à comprendre les troubles que peuvent présenter leurs parents. Cette intervention nommée « Parlons des enfants » adopte une démarche psycho-éducative fondée sur la participation des parents à des discussions portant sur les questions médicales qui les concernent. Le programme prévoit également des formations permettant à des professionnels de maîtriser les méthodes utilisées et de devenir à leur tour des formateurs.

Telefono Azzurro est un numéro d'appel national mis en place en Italie pour prévenir la maltraitance des enfants. Il permet aux enfants et aux adolescents victimes de mauvais traitements de parler à quelqu'un sous couvert de l'anonymat. La personne

qui appelle bénéficie sur-le-champ d'une assistance puis est orientée vers un service où elle pourra recevoir des soins appropriés. Si l'on estime qu'un enfant est en danger immédiat, on signale son cas aux autorités compétentes, avec son consentement. Ce programme est aujourd'hui reproduit dans de nombreux pays.

Depuis de nombreuses années, un programme de thérapie de groupe mis en place dans une clinique de Timisoara (Roumanie) a recours au mythe comme élément catalyseur dans le cadre d'interventions thérapeutiques auprès d'adolescents. Les mythes ont trait à des thèmes qui touchent au sens de la vie, question cruciale pour de nombreux jeunes présentant des signes de dépression et des idées de suicide. Les séances de groupe visent non seulement à favoriser la thérapie par le dialogue, mais servent également d'espaces de discussion sur la symbolique des mythes. Les échanges se déroulent sous le contrôle d'un psychothérapeute, mais ils sont animés par un adolescent formé pour jouer le rôle de « catalyseur d'expression ». Les séances sont organisées pendant toute l'année scolaire et réunissent des adolescents présentant des symptômes de maladie. Elles s'articulent principalement autour de la réalisation de psychodrames et de l'analyse des scénarios présentés par les jeunes (22).

En Norvège, le Centre de services psycho-éducatifs s'occupe d'enfants atteints d'autisme ou de troubles apparentés (ASD). Ce centre étudie les besoins des enfants et assure une mission de conseil auprès des crèches et des écoles. En Norvège, tous les enfants atteints d'un handicap ou de troubles de l'apprentissage ont droit à un programme spécial d'enseignement. Ce programme est conçu en coopération avec les parents, les enseignants et les spécialistes du centre. Les enfants présentant des ASD bénéficient dès leur plus jeune âge d'interventions spécifiques et suivent un programme spécial d'enseignement dans les jardins d'enfants et les écoles maternelles. Les plus âgés bénéficient d'interventions individualisées visant à favoriser leur intégration. Les personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentés présentent souvent plusieurs autres problèmes médicaux et psychiatriques. Le réseau national de l'autisme de Norvège a créé des centres dispensant des services aux personnes atteintes de ces troubles et de problèmes psychiatriques graves.

Mobilisation des parties prenantes

On constate une mobilisation importante des parties prenantes sur les questions relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents, en particulier sur certaines maladies ou diagnostics. Certes, cette démarche permet la diffusion d'informations sur des maladies précises et le renforcement des actions de sensibilisation, mais elle peut également nuire aux efforts visant à satisfaire les besoins généraux en services et en formation dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Autisme-Europe (23) est un bon exemple d'ONG regroupant des personnes touchées par une affection particulière et composée essentiellement d'associations de parents. Elle compte de nombreux professionnels parmi ses membres agissant à titre individuel et collabore avec des organisations professionnelles. Autisme-Europe est aujourd'hui une source d'information faisant autorité. Il s'agit également d'une association très efficace de défense des droits des personnes autistes, qui se sert à la fois des actions en justice et de la publicité que leur assurent les médias pour faire connaître les besoins des jeunes autistes et de leur famille.

L'organisation Partnership for Children (24) a été créée en 2001 afin de promouvoir la santé mentale et psychique des enfants et des jeunes. Cette organisation a repris le programme Zippy's Friends, dont la version pilote avait été lancée au Danemark et en Lituanie par Befrienders International. Ce programme apprend aux enfants de six

à sept ans à réagir face à des situations problématiques en partant d'histoires qui donnent lieu à des activités visant à développer leur capacité à surmonter les problèmes. L'objectif de ce programme est d'améliorer la santé mentale et psychique de tous les enfants.

La European Society for Child and Adolescent Psychiatry (Société européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) (25), qui rassemble des professionnels venant de toute l'Europe, a une triple mission de perfectionnement professionnel, de diffusion d'informations et de sensibilisation. Les congrès organisés par cette association permettent aux professionnels de différentes disciplines impliquées dans la santé mentale d'échanger les connaissances nouvellement acquises. La Société finance des projets de formation professionnelle.

Le projet FOCUS (26) préconise le recours à des pratiques efficaces dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Il accorde une importance particulière à la diffusion d'informations et défend une conception de la pratique fondée sur des données scientifiques pour toutes les catégories de professionnels et dans tous les cadres de services.

L'Association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées (27) est un groupement d'organisations nationales consacrées à la psychiatrie de l'enfant et d'organisations professionnelles associées. Cette ONG, qui a des relations officielles avec l'OMS, œuvre en faveur du renforcement des services de santé mentale destinés aux enfants en Europe de l'Est, appuie l'idée que la santé mentale des enfants fait partie des droits de l'homme et met en place des programmes visant à faire progresser la recherche dans le domaine de la santé mentale des enfants par le biais de différents programmes de formation.

Références¹⁰

1. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1998, 248:14-21.
2. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 2001, 31:6-31.
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/fr/>).
4. Sourander A et al. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(9):1134-1167.
5. Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18):1707-1713.
6. Geller B et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:125-127.
7. Keshavan MS et al. Research and treatment strategies in first-episode psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172(Suppl. 33):60-65.
8. Leibson CL et al. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(1):60-66.

9. Meltzer H et al. *The mental health of children and adolescents in Britain*. London, Office for National Statistics, 1999.
10. Robins LN. A 70 year history of conduct disorder: variations in definition, prevalence, and correlates. In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999:37-58.
11. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on anti-social behaviour. *American Psychologist*, 1989, 44(2):329-335.
12. Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *British Medical Journal*, 1988, 297:718.
13. Becker AE et al. Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:1092-1098.
14. Heatherton TF et al. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997, 158:125-127.
15. *Charte sociale européenne (version révisée)*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/163.htm>).
16. Levav I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13:395-401.
17. Mental health atlas-2005 [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
18. Réunion préalable à la Conférence : la santé mentale des enfants et des adolescents, Luxembourg, 20 et 21 septembre 2004 [site Web]. Bruxelles, UE, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20040921_en.htm).
19. *Child and adolescent mental health policies and plans*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf).
20. Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:83-94.
21. *Effective Family Project*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).
22. Mircea T. Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:385-393.
23. Autisme-Europe [site Web]. Bruxelles, Autisme-Europe, 2005 (<http://www.autismeurope.org>).
24. Partnership for Children [site Web]. Kingston-upon-Thames, Partnership for Children, 2005 (<http://www.partnershipforchildren.org.uk>).

25. ESCAP – European Society for Child and Adolescent Psychiatry [site Web]. Modena, European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 2004 (<http://www.action.mi.it/escap>).
26. FOCUS [site Web]. London, Research Unit, Royal College of Psychiatrists, 2005 (<http://www.focusproject.org.uk>).
27. IACAPAP [site Web]. Boston, MA, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2005 (<http://www.iacapap.org>).

Autres références¹⁰

Caring for the children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf).

¹⁰ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

12. Accès à des soins primaires en santé mentale de qualité

« Suite à une fausse couche, j'ai fait une dépression. Je ne savais pas qu'il s'agissait de cela mais je suis allée voir mon médecin et je lui ai expliqué ce que je ressentais. Il m'a dit qu'il ne pouvait rien faire pour moi, qu'il avait des tas de patients à voir et que si je le souhaitais, l'infirmière pouvait m'apporter une tasse de thé ... »
– Pauline Lee, interviewée dans la vidéo « Open up » (1)

Relever les défis

S'il est un environnement dans lequel il est important de traiter et de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, c'est celui des soins de santé primaires et ce, pour les raisons suivantes :

- la stigmatisation liée au fait d'avoir recours à des services de santé mentale fonctionnant de manière autonome y est moins nette ;
- la détection et le traitement précoces des troubles mentaux y sont plus faciles, d'où une invalidité moins importante ;
- il y est plus facile d'offrir des soins de proximité et d'impliquer l'entourage du patient dans les soins ;
- enfin, et surtout, les populations sous-desservies ont plus facilement accès aux soins de santé mentale.

Il faut renforcer les moyens des services de soins de santé primaires afin qu'ils puissent traiter efficacement les personnes atteintes de troubles mentaux.

Importance des troubles mentaux dans les soins de santé primaires

Bon nombre des personnes ayant recours aux soins de santé primaires présentent des troubles mentaux. Dans une étude de l'OMS portant sur 15 services dans le monde entier, la prévalence des troubles mentaux (tels qu'ils sont définis dans la Dixième Classification internationale des maladies – CIM 10) parmi tous les patients ayant recours aux services de soins de santé primaires était de 24 % (2). En outre, les personnes souffrant de problèmes mentaux consultent souvent les médecins de ces services pour des symptômes physiques. Dans cette étude, c'était le cas de 69 % des individus.

Développement insuffisant des services de soins de santé primaires

Les traitements et les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux dans le cadre des soins de santé primaires sont très variables de part et d'autre de la Région européenne de l'OMS : certains patients bénéficient d'excellents services alors que

d'autres en sont complètement privés. En outre, seuls 14 % des pays à faible revenu déclarent disposer d'équipements adaptés au traitement des pathologies mentales graves dans le cadre des soins de santé primaires (3). Près d'un cinquième des personnes atteintes de schizophrénie, la moitié de celles souffrant de dépression et plus de 90 % des alcooliques ne reçoivent aucun traitement, alors qu'il est prouvé que, grâce à des interventions efficaces, on peut réduire la souffrance des intéressés et de leur famille et les dommages subis par la société (3). Certains troubles pouvant être traités et ne donnant pas lieu à des soins adaptés représentent un fardeau pour l'individu d'un point de vue personnel et social, mais également un coût économique élevé pour les pays de la Région européenne.

Les services de soins de santé primaires doivent disposer de moyens et de compétences accrus pour pouvoir dépister et traiter les personnes souffrant de problèmes de santé mentale courants (ou même graves), et orienter les cas complexes vers les services spécialisés en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Il est donc indispensable que les professionnels des soins de santé primaires, qu'ils soient médecins ou infirmiers, sachent détecter les troubles mentaux, les traiter correctement et, si nécessaire, orienter les patients vers les services spécialisés. À l'heure actuelle, le nombre d'agents de santé recevant des formations et l'étendue des connaissances qui leur sont inculquées sont très variables d'un endroit à l'autre de la Région. L'offre de formations en santé mentale dispensées au personnel des services de soins de santé primaires est sans rapport avec les niveaux de revenu nationaux : près de 71 % des pays figurant dans la catégorie moyenne supérieure en termes de revenu y contribuent, contre seulement 62 % des pays aux revenus élevés (3). Les ressources financières n'expliquent donc pas à elles seules le fait que le personnel des soins de santé primaires ne reçoive pas suffisamment de formations.

Trouver des solutions

Lorsque, dans un pays, les ressources affectées aux services de santé mentale sont limitées, dispenser ces services dans le cadre des soins primaires constitue l'une des façons les plus efficaces et les plus valables d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale (4). Il convient donc d'adopter ce principe si l'on veut atteindre les objectifs suivants en matière de prestation de services et de valorisation des compétences.

Prestation de services

Reconnaître les troubles mentaux

Le personnel des soins de santé primaires peut contribuer à la détection des troubles mentaux, notamment les plus courants. C'est le cas notamment lorsque les patients viennent consulter pour des problèmes physiques, les uns étant souvent associés aux autres.

Procurer des médicaments essentiels et des psychothérapies

Le personnel des soins de santé primaires peut délivrer des médicaments psychotropes et assurer des interventions psychothérapeutiques simples dans le cas de troubles mentaux courants (voire de certains troubles graves). En particulier, les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques stables qui ne vivent pas en milieu hospitalier et qui doivent prendre en permanence des psychotropes et suivre des psychothérapies peuvent être pris en charge par des services de soins de santé primaires sans avoir à se rendre régulièrement dans des services spécialisés. Ce système présente un double avantage : il est plus simple pour les patients, dans la mesure où les services de soins

primaires sont généralement plus proches et moins onéreux, et il soulage les services spécialisés en santé mentale, qui peuvent ainsi se consacrer aux traitements spécialisés et aux activités d'encadrement et de formation.

Prévenir les troubles mentaux et promouvoir la santé mentale

La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux peuvent reposer sur des stratégies très variées. Les services de soins de santé primaires offrent un cadre idéal pour l'organisation de telles activités, notamment celles concernant les facteurs déterminant les maladies mentales ou contribuant à leur persistance. Ainsi, le développement psychosocial et cognitif du nourrisson dépend de sa relation avec ses parents. Les interventions assurées par les services de soins de santé primaires pendant la période périnatale et la petite enfance et visant à améliorer la qualité de cette relation peuvent avoir des conséquences très positives sur le développement affectif, social, cognitif et physique de l'enfant (5).

Orienter les cas complexes vers des services spécialisés en santé mentale

En matière de soins psychiatriques, les services de soins de santé primaires peuvent avoir un rôle de détection des troubles mentaux, mais aussi d'orientation des patients. Après avoir mis un nom sur le cas qui se présente à eux et apporté une première réponse thérapeutique, ils peuvent faire appel aux services spécialisés compétents. Ce système présente lui aussi de nombreux avantages : il évite aux patients d'avoir à se rendre inutilement dans les services spécialisés, qui sont généralement moins accessibles et dont les coûts directs et indirects sont souvent plus élevés ; et s'ils sont envoyés dans un établissement spécialisé, ces patients sont immédiatement orientés vers le service le plus apte à traiter leur problème, ce qui représente un gain de temps et d'argent. Les services de santé en tirent également des bénéfices, car en orientant correctement les patients, on évite de gaspiller des ressources financières et humaines déjà insuffisantes.

Ce système dit « d'orientation-recours » doit être géré en accord avec les services de santé locaux et régionaux. Il convient en outre de réunir régulièrement les professionnels concernés afin d'examiner et d'améliorer le système, et d'évaluer si les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux sont correctement pris en charge. Il est important d'améliorer la coordination entre les services spécialisés en santé mentale et les services de soins primaires, et ce même dans les pays disposant de services spécialisés performants.

Informers la famille et l'entourage

Il est prouvé que les patients sont plus enclins à suivre leur traitement s'ils comprennent leur maladie et les moyens permettant de la soigner. En effet, la connaissance des symptômes et de l'histoire naturelle d'une maladie, mais aussi des thérapeutiques existantes, s'est révélée très positive dans l'évolution d'une pathologie (6). Le personnel des soins primaires est bien placé, au cours du travail quotidien, pour donner des conseils simples aux familles en matière de troubles mentaux ou pour mener des interventions spécifiques dans le cas de certains troubles.

Procéder à des interventions en cas de crise

Les services de soins de santé primaires sont les mieux placés pour procéder à des interventions en cas de crise dans la mesure où ce sont généralement eux qui reçoivent en premier les patients atteints de troubles mentaux. Ces interventions permettent

d'éviter l'apparition de cas déclarés de la maladie et l'aggravation des troubles pré-existants. Les services de soins primaires peuvent effectuer une intervention avec hospitalisation ou en consultation externe. Ils sont également bien placés pour faire intervenir des services de santé mentale de niveau intermédiaire, le cas échéant. Plus important encore : en cas de catastrophe naturelle ou d'actes de violence, le personnel des services de soins de santé primaires, comme celui des associations humanitaires, peut fournir aux victimes des informations, des formations, des conseils et des traitements.

Collaborer avec d'autres secteurs

Les personnes souffrant de troubles mentaux ont besoin d'aide dans les domaines de la santé, mais aussi des prestations sociales, de l'emploi, du logement, de la justice et de l'éducation. Il est donc important que les différents services du secteur de la santé entretiennent des liens étroits, mais également qu'ils collaborent avec les autres secteurs.

Valorisation des compétences

L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires est un processus complexe qui ne peut se faire sans formation, encadrement ni renforcement des effectifs.

Formation

Avant tout, cette intégration exige que le personnel des soins de santé primaires reçoive une formation dans le domaine des soins de santé mentale. Ces agents doivent assumer de plus en plus de responsabilités en matière de promotion de la santé mentale et de prestation de services de santé mentale. Il convient d'orienter les personnels de santé qui poursuivent leurs études et ceux qui se trouvent déjà sur le terrain vers la prestation de services dans le cadre des soins primaires. Ces agents doivent en effet disposer des compétences requises pour dispenser de tels services, notamment dans les domaines suivants :

- diagnostic et traitement des troubles mentaux ;
- conseil, soutien et psycho-éducation ;
- sensibilisation ;
- intervention en cas de crise.

Encadrement

Si l'on veut que l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires réussisse, il convient d'assurer le bon encadrement du personnel de ces services. Les professionnels de la santé mentale doivent être disponibles et donner des conseils sur la prise en charge et le traitement des malades mentaux. Si l'encadrement est insuffisant, les services spécialisés risquent d'être submergés par des arrivées de patients pour des problèmes mineurs. Il serait bon qu'un membre de l'équipe chargée des problèmes de santé mentale au sein du service de soins de niveau intermédiaire se rende régulièrement dans les services de soins de santé primaires afin de discuter des problèmes de prise en charge et de donner au personnel de ces services des conseils sur les interventions à mener.

Renforcement des effectifs

L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires exige une étroite collaboration avec le personnel travaillant déjà dans les services chargés de ces soins.

Ces personnes peuvent en effet manifester une certaine réticence à l'égard des nouvelles fonctions que l'on entend leur attribuer, par exemple en contestant leur rôle dans la prise en charge des troubles mentaux. Il est important, lors des formations et des négociations, d'accorder une place importante à ces préoccupations et de faire le point sur les attentes des uns et des autres. Le facteur temps doit être pris en considération si l'on veut que le personnel des soins de santé primaires s'investisse pleinement dans la prise en charge des troubles mentaux. Dans de nombreux pays, ce personnel est submergé et censé mener de nombreux programmes de soins, alors qu'il s'occupe essentiellement de problèmes de santé physique. Il convient alors d'augmenter les effectifs pour que la charge de travail liée aux problèmes mentaux puisse être absorbée par ces services.

Un exemple

Former les médecins généralistes aux pathologies mentales s'est révélé très positif. En Suède, le nombre d'hospitalisations et le taux de suicide ont baissé dans la population soignée par les médecins ayant reçu cette formation (7). Toutefois, le taux de suicide a cessé de diminuer au bout de trois ans, ce qui semble prouver la nécessité de poursuivre les activités de formation, d'encadrement et de soutien (8).

Mobilisation des parties prenantes

L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires n'est pas seulement l'affaire des professionnels de ce secteur : d'autres groupes peuvent également y contribuer.

Les associations de consommateurs, associations de famille et associations de défense peuvent :

- influencer les politiques et la planification des services afin que la santé mentale soit davantage prise en charge par les services de soins de santé primaires ;
- sensibiliser le grand public à la nécessité de disposer de services de soins de santé primaires de qualité ;
- informer et soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux qui consultent les services de soins de santé primaires.

Les fondations peuvent :

- favoriser le développement des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, par exemple sur des sites pilote ;
- soutenir la recherche afin de permettre la mise en œuvre d'interventions de santé mentale efficaces dans le cadre des soins de santé primaires.

Les établissements d'enseignement peuvent :

- offrir au personnel des soins de santé primaires des formations sur la santé mentale qui soient adaptées et fondées sur des données probantes ;
- renforcer la recherche en matière de soins de santé primaires et d'interventions de santé mentale efficaces dans les services de soins de santé primaires ;
- faire en sorte que des spécialistes supervisent la planification et la prestation des services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires.

Les sociétés professionnelles peuvent :

- définir des critères de qualité et accréditer les professionnels des soins de santé primaires qui prennent en charge les troubles mentaux ;

- favoriser la transition du personnel des soins de santé primaires d'un rôle essentiellement limité aux problèmes physiques à une perspective plus globale des soins de santé qui englobe à la fois la santé physique et la santé mentale.

Références¹¹

1. *Open Up* [vidéo]. Londres, Mental Health Media, 2004 (<http://www.openup toolkit.net/home/index.php>).
2. Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Chichester, John Wiley, 1995.
3. Mental health atlas-2005 [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
4. *Organization of services for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://whqlib doc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
5. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/fr/>).
6. Craighead WE, et al. Psychosocial treatments for bipolar disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. New York, Oxford University Press, 1998.
7. Rutz W, et al. An educational program on depressive disorders for GPs on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79:19-26.
8. Rutz W, et al. Long-term effects of an educational program for GPs given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:83-88.

¹¹ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

13. Les soins de santé mentale dans les services de proximité

« La mise en place de services de psychiatrie de proximité est nécessaire pour dispenser des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux dans leur cadre de vie et de travail. Ces services devraient remplacer les asiles psychiatriques qui excluent les malades du reste de la société, favorisent leur stigmatisation et sont trop coûteux en regard de leur efficacité. »

– Dr Matthijs Muijen, conseiller régional pour la santé mentale,
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Relever les défis

Pendant des décennies, les personnes atteintes de troubles mentaux ont été exclues de leur collectivité et placées dans des hôpitaux et établissements psychiatriques. On dispose de nombreuses informations (1), dans le monde entier, prouvant que le placement dans ces établissements aggrave la stigmatisation du patient, est un cadre où il se produit des violations des droits de l'homme, et peut causer une aggravation de l'état mental de la personne traitée.

En réponse à la demande de nouveaux modèles de soins orientés vers les besoins du patient, certains pays d'Europe ont entrepris de développer les services de santé mentale de proximité (également dits « de secteur »). Il y a d'autres raisons de penser que ce type de services est à la fois plus efficace cliniquement (2,3) et plus économique en ressources (4,5). Ils apportent une base éthique pour la dispensation de soins respectant les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ; en outre, ils permettent de dispenser les soins à proximité du lieu de vie et de travail des personnes et donc d'améliorer l'accessibilité des services. Enfin, les patients eux-mêmes disent les préférer aux services psychiatriques hospitaliers (6,7).

L'OMS ainsi que des experts de la santé mentale et des organismes de défense des droits de l'homme ont insisté sur la nécessité, pour de nombreux pays, de progresser dans ce domaine et de mettre en place des services de proximité plus développés, s'appuyant sur une meilleure infrastructure et de meilleurs systèmes de soutien (1). Trop souvent encore, les services de santé mentale sont dispensés dans les établissements psychiatriques, dans un cadre limitant la liberté des patients et des aidants. Simultanément, de nombreuses personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale, en particulier celles qui sont vulnérables et exclues, ont des difficultés à accéder aux services et à rester en contact avec eux. Par principe, les structures et processus de soins devraient offrir aux patients des soins fondés sur une base factuelle et visant à les maintenir le plus longtemps possible dans leur cadre de vie.

Dans tous les pays d'Europe, les services de santé mentale de proximité ont besoin d'être améliorés, à des degrés divers. Dans 28 % des pays d'Europe par exemple, il

n'existe pas du tout de services de ce genre (8). On observe des disparités considérables en fonction du niveau de développement économique. Dans le groupe des pays européens à faible revenu, 33 % seulement disposent de tels services ; dans le groupe à haut revenu, ces services existent dans 91 % des pays. En outre, entre les pays qui déclarent avoir des services de santé mentale de proximité, l'étendue de ces services varie aussi considérablement.

Dans certains pays qui se sont lancés dans la désaliénation, la réduction du nombre de lits a précédé la mise en place de services de proximité, si bien qu'actuellement les services hospitaliers aussi bien qu'extrahospitaliers disposent de ressources insuffisantes. C'est notamment le cas à Londres, comme le montre une enquête sur les services de santé mentale de proximité. On dispose maintenant de trop peu de lits d'hospitalisation pour les patients et simultanément de trop peu de structures résidentielles extrahospitalières vers lesquelles on puisse envoyer les patients quittant les hôpitaux (9). En Allemagne, en Autriche, au Luxembourg et en Suisse, alors que l'on a réduit le nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques, des contraintes politiques et financières ont empêché de mettre en place des soins appropriés dans le cadre des hôpitaux généraux et des services de proximité (10).

Trouver des solutions

Pour répondre aux besoins multiples des personnes atteintes de troubles mentaux, il est nécessaire de mettre en place dans un cadre coordonné toute une gamme de services de santé mentale de secteur. Dans les pays où il subsiste de grands établissements psychiatriques, la réduction de ceux-ci devrait s'accompagner de la mise en place de services extrahospitaliers.

Ces services peuvent se situer dans des cadres très divers et à des niveaux de soins différents ; ils doivent être dispensés par des personnels professionnels et para-professionnels de santé mentale travaillant en général en tant qu'équipe multidisciplinaire. Ils devraient assurer les fonctions suivantes :

- offrir des programmes de réadaptation et de traitement dans l'environnement de vie des patients ;
- mettre en place des services spécialisés de santé mentale pour traiter et soigner les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale dans la collectivité ;
- offrir des services résidentiels ;
- fournir des services de prise en charge des urgences ;
- assurer l'éducation et la formation ;
- collaborer avec d'autres dispensateurs de services extrahospitaliers et hospitaliers ;
- mener des activités de recherche ;
- établir des liaisons intersectorielles.

L'objet des **programmes de réadaptation et de traitement dans l'environnement de vie des patients** doit être d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux à vivre pleinement dans leur cadre de vie. Il existe de nombreux modèles de services extrahospitaliers tels que : prise en charge continue, programmes d'alternatives à l'hospitalisation, soutien intensif à domicile et services extrahospitaliers rattachés à des hôpitaux. Tous ces modèles ont respectivement des avantages et des inconvénients et le choix d'un modèle particulier dans chaque pays dépend de divers facteurs, y compris le cadre socioculturel, l'organisation des services de santé et la disponibilité des ressources financières et humaines.

Des équipes spécialisées doivent être mises en place pour traiter ce groupe, en milieu extrahospitalier, par exemple les personnes ayant des problèmes graves tels que schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, démence et dépression grave. Ces services devraient être accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et ils devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire.

Les services de santé mentale de proximité devraient inclure des **services résidentiels** thérapeutiques et surveillés, éventuellement offerts en collaboration avec d'autres services tels que les services sociaux et les départements du logement. Les modalités seraient variables d'un pays à l'autre en fonction du cadre spécifique des services sociaux et sanitaires.

Des services de prise en charge des urgences doivent être fournis en association avec les dispensateurs primaires, qui représentent en général le premier point de contact en cas de crise. Cette coopération nécessite l'existence de systèmes efficaces d'orientation et de liaison avec les services de soins primaires, ainsi qu'avec les services de santé mentale des hôpitaux généraux. Dans certains pays, les équipes de santé mentale de proximité fournissent aussi des services intensifs en cas d'urgence à domicile, assurés par des équipes d'urgence mobiles ou rattachées aux hôpitaux. Dans d'autres pays, les programmes d'alternatives à l'hospitalisation ont pour objet d'éviter l'hospitalisation des personnes en situation d'urgence en les orientant vers des établissements de proximité tels que les centres d'urgence.

Les services de santé mentale de proximité mènent habituellement **des activités d'éducation et de formation** de personnel pour leurs propres services ainsi que de personnel des soins primaires et de professionnels de santé mentale travaillant dans des hôpitaux généraux.

Les services de santé mentale de proximité doivent établir une bonne **collaboration intersectorielle** pour répondre aux besoins complexes des personnes souffrant de troubles mentaux, qui impliquent une intervention de cette nature. Des relations doivent être établies avec les services de santé primaire et avec les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux.

Les services de santé mentale de proximité doivent participer à la **recherche**, en particulier dans le domaine de la dispensation de services, par exemple en étudiant l'efficacité de différents modèles à cet égard. Les services de santé mentale extrahospitaliers sont particulièrement bien placés pour connaître les questions d'organisation des services au niveau de la collectivité, et ces informations peuvent être utiles pour la formulation des priorités et questions de recherche.

Les besoins des personnes ayant des troubles mentaux touchent à des domaines multiples : santé, protection sociale, emploi, logement, justice, éducation. C'est pourquoi les services de santé mentale de proximité doivent **travailler en coopération avec les services des autres domaines** et définir des filières claires d'orientation et des structures de contrôle mutuel et de formation commune.

Quelques exemples

On examinera ici brièvement trois cas de réorientation vers les services de santé mentale de proximité. En Autriche par exemple, la population des hôpitaux psychiatriques a diminué de 12 000 en 1974 à 5 000 en 2000. Dans les structures de soins extrahospitaliers, les services sont le plus souvent assurés dans des hôpitaux de jours, des centres d'urgence et des foyers pour personnes ayant des troubles mentaux, par des équipes multidisciplinaires. Dans certaines parties du pays, il existe des procédures de supervision systématique du travail de ces équipes (11).

En Italie, dans la région d'Émilie-Romagne, l'introduction de la réforme des services psychiatriques de 1978 a été suivie d'une réduction substantielle du nombre de lits d'hôpitaux et accompagnée d'une croissance considérable des services de proximité. En 1994, pour une population de 4 millions, les services de santé mentale de proximité comprenaient 145 dispensaires de santé mentale, 48 centres de traitement ou de réadaptation de jour, 12 départements psychiatriques d'hôpitaux généraux, 3 cliniques psychiatriques universitaires, 24 foyers avec personnel, et 123 appartements thérapeutiques, sans compter 7 cliniques psychiatriques privées (12).

En Norvège, dans le cadre du programme de santé mentale, on a entrepris une réorientation depuis le placement en hôpitaux psychiatriques vers la psychiatrie de proximité, où le traitement est dispensé au patient plus près de son environnement de vie habituel et des services de santé primaire. Dans tout le pays, il est établi des centres psychiatriques de district, qui prennent la forme de centres médicaux psychologiques de jour. Ce modèle de services de santé mentale de proximité comprend des services psychiatriques complets, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un réseau de services offrant traitement continu, hébergement, soutien professionnel et social qui, pris ensemble, permettent aux personnes atteintes de troubles mentaux de préserver autant que possible leurs relations sociales (11).

Mobilisation des parties prenantes

On examinera ci-après de quelle manière les autres groupes impliqués peuvent influencer sur le développement des services de santé mentale de proximité.

Les groupes de consommateurs, associations de famille et organismes de défense peuvent :

- influencer les politiques et la législation en vue d'améliorer les services de proximité mis à la disposition des personnes souffrant de troubles mentaux ;
- sensibiliser le grand public sur la nécessité d'intégrer les personnes atteintes de troubles mentaux à la vie normale de la communauté ;
- fournir éducation et soutien aux personnes ayant des troubles mentaux vivant dans la communauté ;
- organiser des services informels de santé mentale de proximité tels que : conseil, entraide, accueil, assistance aux activités de la vie quotidienne, réinsertion, prise en charge individuelle, services rattachés à des hôpitaux et services d'urgence ;
- fournir des services de prévention de la maladie et de promotion de la santé, tels que les programmes scolaires de promotion de la santé mentale ;
- identifier et combattre par des campagnes les formes de traitements archaïques et inhumaines, la dispensation des services inadaptés, l'inaccessibilité des soins et le traitement sans consentement.

Les fondations peuvent :

- soutenir la mise en place de projets de soins de santé mentale de proximité ;
- soutenir la recherche sur des interventions de proximité efficaces et économiques.

Les établissements d'enseignement peuvent :

- offrir une formation appropriée fondée sur des bases factuelles à l'intention du personnel de soins de santé mentale de proximité ;
- effectuer des recherches pour évaluer l'efficacité des diverses interventions de proximité ;

- assurer une surveillance par des spécialistes aussi bien de la dispensation que de la planification des services de santé mentale de proximité.

Les sociétés professionnelles peuvent :

- fixer des normes de qualité pour les professionnels de soins de santé mentale de proximité ;
- soutenir la réorientation, chez le personnel de santé mentale, des services hospitalocentriques vers les services principalement de proximité.

Références¹²

1. *Organization of services for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://whqlib.doc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
2. Leff J et al. The TAPS Project. 22: a five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry*, 1994, (Suppl.):13-17.
3. Marks IM et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:179-194.
4. Knapp M et al. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:681-692.
5. Knapp M et al. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness: controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172:506-512.
6. Boardman AP et al. North Staffordshire Community Beds Study: longitudinal evaluation of psychiatric in-patient units attached to community mental health centres. I. Methods, outcome and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:70-78.
7. Hobbs C et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34:476-483.
8. Mental health atlas-2005 [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
9. Goldberg D. Findings from 'London's Mental Health': a service in crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 399(Suppl.):57-60.
10. Haug HJ, Rossler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, 249:115-122.
11. *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>).

¹² Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

12. Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:94-98.

14. Ressources humaines et formation dans le domaine de la santé mentale

La transition de services hospitaliers à des services de proximité implique plus qu'un simple changement de lieu de dispensation des soins. Il faut en effet apprendre de nouvelles valeurs et un nouveau style de pratique, adopter des responsabilités mal connues et acquérir de nouvelles compétences.

Relever les défis

Tout pays doit posséder un personnel soignant disponible et compétent afin de mener des interventions adéquates pour lutter contre les maladies mentales et la charge importante que celles-ci représentent. Il ne peut y avoir de soins de santé mentale sans les ressources humaines nécessaires. Ce qui est inquiétant, c'est que la plupart des pays d'Europe connaissent une pénurie importante de ressources humaines dans ce domaine, et doivent par conséquent former du personnel doté des compétences requises pour assurer la dispensation de services efficaces de soins de santé mentale.

Carence en personnel de soins de santé mentale

La plupart des pays européens connaissent une carence en personnel qualifié dans le domaine des soins de santé mentale. Alors que le nombre moyen de psychiatres (9,0 pour 100 000 habitants) et d'infirmiers psychiatriques (27,5 pour 100 000 habitants) rapporté en Europe est plus élevé que dans d'autres régions du monde, leur répartition est irrégulière à travers le continent, le personnel disponible se concentrant principalement dans un petit nombre de pays à revenu élevé (1). La disponibilité d'autres spécialistes de la santé mentale, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, est également très variable.

Le personnel de soins de santé mentale en Europe

Dans la Région européenne de l'OMS, le nombre de psychiatres/100 000 habitants varie entre 1,8 et 25, le nombre d'infirmiers psychiatriques/100 000 habitants entre 3 et 104, et le nombre de psychologues travaillant dans le domaine de la santé mentale/100 000 habitants entre 0,1 et 96 (2).

Le volume de la main-d'œuvre disponible comme sa qualité sont influencées par des facteurs tels que les faibles investissements consentis dans les services de santé mentale, de mauvaises conditions de travail, les ressources limitées accordées à la formation et l'éducation, et la migration des agents de santé mentale de pays à revenus

faible et moyen vers des pays à revenu élevé. En outre, ce personnel subira la stigmatisation et la discrimination de la part des collègues d'autres secteurs et du grand public.

Des agents de santé mentale souvent sous-qualifiés

La majorité du personnel est sous-qualifiée, et il existe un besoin urgent d'améliorer ses compétences afin de satisfaire les besoins à venir du système de santé mentale. À titre d'exemple, un grand nombre de programmes de formation couvre à peine le sujet de la santé mentale, et le peu qui est enseigné concerne les soins en institution. Beaucoup de pays ne disposent d'aucun programme pédagogique spécialisé pour le personnel infirmier dans le domaine de la santé mentale, et les programmes d'éducation permanente sont limités (3).

La formation en santé mentale constitue également un impératif pour les médecins de famille et d'autres spécialistes en soins primaires. La prestation de services de santé mentale à ce niveau permet à un maximum de personnes de se faire soigner rapidement et facilement (voir chapitre 12). Malheureusement, la plupart des spécialistes en soins primaires n'ont ni la confiance ni les compétences requises pour définir et traiter les troubles mentaux. La formation doit également améliorer le traitement des patients recevant des soins primaires et atteints de problèmes mentaux plus graves, une condition préalable si les pays doivent mettre en œuvre des programmes de traitement et de soins de santé mentale de proximité.

Bélarus : formation dans le domaine des soins primaires

Entre 1999 et 2001, le Bélarus a formé environ 720 spécialistes en soins primaires dans le domaine de la santé mentale. Les soins psychiatriques normalement offerts aux patients hospitalisés font de plus en plus l'objet de consultations externes, et sont intégrés aux soins dispensés par les médecins de famille (1).

Répartition inégale des agents de santé mentale dans les pays

Les agents de santé mentale sont souvent répartis de manière inégale à l'intérieur même d'un pays et se concentrent en milieu urbain, près des principaux hôpitaux. Cette situation favorise l'injustice puisqu'elle empêche un important segment de la population d'accéder à des soins de santé mentale. Des problèmes se posent également lorsqu'un nombre disproportionné de professionnels de la santé mentale sont uniquement disponibles dans le secteur privé.

Un personnel aux rôles souvent inadaptés

Les responsabilités traditionnelles des agents de santé mentale sont souvent inadaptées, et privilégient les traitements onéreux dispensés à un nombre restreint de patients. Dans la plupart des pays, les agents de santé mentale travaillent généralement dans des hôpitaux psychiatriques offrant des soins en institution à un petit nombre de malades. L'aide et la formation nécessaires à la redéfinition des responsabilités du personnel soignant sont une composante essentielle de la restructuration des services de santé mentale.

Modifier les modèles de soins

La réorientation des soins de santé mentale des hôpitaux psychiatriques vers les services de soins primaires, les hôpitaux généraux et toute une série de services de proximité est motivée par des considérations d'ordre éthique et scientifique. L'objectif

est de rendre les services plus accessibles et acceptables, d'obtenir de meilleurs résultats et de garantir une utilisation rationnelle des ressources (4). Or, ces changements ont une répercussion importante sur les ressources humaines. Le personnel actuellement employé dans les hôpitaux psychiatriques doit suivre une formation qui lui permettra d'adopter des traitements davantage axés sur la réadaptation sociale et, par conséquent, de préparer les patients à la déshospitalisation ; le personnel dispensant des soins de santé mentale de proximité doit également être formé ; et les spécialistes en soins primaires ont également besoin d'aide et de formation afin d'identifier et de traiter les personnes souffrant de troubles mentaux.

Recrutement et maintien du personnel

Le manque de personnel dispensant des soins de santé mentale met en évidence l'importance non seulement d'encourager les efforts de recrutement, mais aussi de garder les effectifs existants. Les programmes de formation générale dans le domaine de la santé doivent absolument englober la santé mentale afin de garantir que les spécialistes en soins primaires possèdent la confiance et les compétences nécessaires. L'immersion des soignants dans la réalité des soins de santé mentale lors de la formation constitue un important moyen d'identifier et de soutenir ceux qui s'intéressent à ce domaine.

Le maintien du personnel existant ne garantit pas seulement la disponibilité d'un effectif adéquat ; il s'agit aussi d'une solution rentable à la réduction des coûts associés au renouvellement du personnel. Il convient dès lors d'envisager tout un ensemble de stratégies de maintien en poste des effectifs mettant en exergue les besoins personnels, professionnels et organisationnels des employés. À titre d'exemple, l'amélioration des salaires et des conditions de travail, la définition d'un parcours de progression professionnelle pour les spécialistes en soins de santé mentale et l'offre de possibilités de formation continue sont autant de stratégies efficaces contribuant à la conservation du personnel.

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux ont été largement mises en évidence. Il est essentiel que les politiques des ressources humaines et de formation tiennent compte de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination envers les malades et leur famille, de manière à doter les spécialistes en soins de santé mentale de stratégies leur permettant de faire face à cette situation. Les programmes de formation devraient aborder ce problème, et présenter également le point de vue des patients et de leurs proches. En outre, il importe de reconnaître que la stigmatisation et la discrimination dont sont également victimes les soignants ont une influence sur le nombre de personnels disponibles et leurs performances. Ce problème peut être surmonté en garantissant des conditions d'emploi dans ce secteur comparables à celles des services de soins généraux, et en inscrivant la santé mentale aux programmes de formation générale dans le domaine de la santé.

Participation des patients et des aidants

La participation des patients et de leur famille constitue une composante importante du processus de réforme. Le système de santé mentale s'adressant aux personnes atteintes de troubles mentaux et à leurs proches, ceux-ci devraient largement contribuer à l'évaluation de l'efficacité même du système et à son amélioration potentielle. Il a été également démontré scientifiquement que la qualité des services et des soins apportés

augmentait avec la participation active des personnes souffrant de problèmes mentaux et de leur famille : les patients et leurs aidants devraient aussi contribuer à l'élaboration des programmes pédagogiques et participer à la formation afin que les spécialistes en santé mentale puisse se faire une meilleure idée de leurs besoins.

En outre, les familles assument une grande partie des responsabilités en matière de soins de santé mentale, un phénomène qui prendra probablement de l'ampleur avec le processus de désaliénation et le développement des services de proximité. L'accès à la formation permettra aux familles d'améliorer leur compréhension, leurs connaissances et leurs compétences, et aura une grande influence sur la qualité des soins et de l'aide apportés aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Démarches multidisciplinaires

Pour être efficaces, les services de soins de santé mentale doivent inclure des personnels professionnels et para-professionnels ayant suivi diverses formations. En effet, comme les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux sont multiples, il est utile que les équipes soient constituées d'un personnel doté de compétences variées afin de pouvoir y répondre. Un grand nombre de personnels professionnels et para-professionnels devraient recevoir une formation dans le domaine de la santé mentale et apprendre à effectuer un travail d'équipe efficace.

Finlande : équipes de soins psychotiques

En Finlande, des équipes multidisciplinaires ont été constituées dans chaque zone desservie afin de procéder à des interventions actives lorsqu'un nouveau cas de troubles psychotiques a été décelé et d'encadrer les familles des malades (1).

Pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles devraient être conformes à la législation et aux protocoles en vigueur dans le pays en matière de travail, et garantir les droits des spécialistes en santé mentale. Parmi les questions prioritaires, nous mentionnerons la sélection du personnel, l'action positive potentielle, l'orientation des nouveaux employés, le déploiement, la syndicalisation, la résolution des conflits et l'autorisation d'exercer (5).

Trouver des solutions

Afin de disposer d'un personnel de soins de santé mentale en nombre suffisant et doté des compétences nécessaires d'ici 2008, les pays sont tenus d'appliquer les mesures décrites ci-dessous :

- élaborer une stratégie nationale en matière de ressources humaines de la santé mentale permettant d'atteindre les objectifs suivants :
 - déterminer les besoins en personnel afin de garantir la prestation de services de santé mentale à la population ;
 - identifier le personnel spécialisé et générique existant, et la nécessité de redéfinir leurs rôles et responsabilités ;
 - mettre en évidence le besoin de redéfinir le rôle et les responsabilités du personnel spécialisé et générique employé dans les services de santé et dans d'autres secteurs pertinents tels que l'éducation et la justice ;
 - trouver des stratégies afin d'encourager le recrutement de nouveaux spécialistes en santé mentale et favoriser le maintien du personnel existant, et garantir une répartition équitable du personnel ;

- planifier et financer, en partenariat avec les établissements d'enseignement supérieur et les universités, des programmes qui répondent aux besoins du personnel existant et nouvellement recruté. Les plans devraient prendre en compte le problème lié au manque de compétences des formateurs actuels en matière de nouvelles technologies, et prévoir un programme de « formation des formateurs » ;
- inclure la santé mentale dans les programmes d'études de tous les professionnels de la santé, et mettre en place des programmes de formation continue ;
- faire participer les patients et leur famille à la planification des ressources humaines ainsi qu'aux programmes pédagogiques et de formation.

Quelques exemples

Royaume-Uni

L'Institut national britannique de santé mentale vient de publier une Stratégie nationale pour le personnel psychiatrique. Son objectif est d'assurer qu'il existe un nombre suffisant de spécialistes en santé mentale dotés des compétences appropriées, suffisamment motivés et capables de répondre aux besoins des patients et de leurs proches. Le document fixe les principaux objectifs et explique comment les atteindre par une définition des différentes responsabilités (6).

Slovénie

L'Association slovène de santé mentale (ŠENT) a mis en œuvre un programme de formation à l'intention des patients, de leur famille et des soignants comprenant un enseignement de base dans les domaines suivants : santé mentale et problèmes mentaux ; gestion des soins ; auto-assistance ; droits de l'homme et droits des patients ; procédures légales ; travail en équipe et multidisciplinaire ; compétences sociales et réinsertion professionnelle. Le programme a permis de sensibiliser davantage le public aux questions de santé mentale et d'améliorer la communication entre les patients, leur famille et les dispensateurs de services (7).

Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes

Créé en 1996, le Forum réunit 26 associations et 4,5 millions d'infirmiers dans toute l'Europe. Il encourage le dialogue entre ces derniers et l'OMS afin de promouvoir la santé et les soins sanitaires en Europe. Lors de sa huitième réunion annuelle en 2004, le Forum s'est particulièrement penché sur la santé mentale et a mis au point une déclaration de consensus sur les soins infirmiers et obstétricaux (8). Cette déclaration invite les gouvernements, les infirmiers et les sages-femmes à collaborer afin d'accroître les compétences de l'ensemble du personnel de la santé, et de leur permettre de satisfaire aux besoins des individus, des familles et des populations en matière de santé mentale.

Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est – projet de la santé mentale

Le renforcement de la cohésion sociale par le biais de services de santé mentale de proximité est l'une des grandes priorités de l'Engagement de Dubrovnik. Cette initiative vise principalement à créer de nouveaux services de santé mentale de proximité en Europe du Sud-Est et à renforcer ceux existant par l'adoption de politiques de la santé mentale et le développement de liens institutionnels entre les parties prenantes (y compris les organisations sociales et non gouvernementales) et les services

de formation, de recherche et de proximité. Les objectifs immédiats de ce projet sont notamment l'organisation d'un forum pédagogique et d'un réseau de collaboration normalisés au niveau régional sur les soins de santé mentale de proximité et les problèmes connexes dans divers domaines ; et l'élaboration d'un programme de formation régional destiné aux spécialistes en santé mentale et soins primaires ainsi qu'aux travailleurs sociaux.

Références¹³

1. *Atlas : ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_fre.pdf).
2. Mental health atlas-2005 [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
3. Salvage J, Heijnen S. *Nursing in Europe. A resource for better health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 (Publications régionales de l'OMS, Séries européennes, n° 74 ; http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040906_9).
4. *Organization of services for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf).
5. *Training manual on management of human resources for health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993.
6. Mental Health Care Group Workforce Team. *National Mental Health Workforce Strategy*. London, Department of Health, 2004 (DH Publications No. 40276; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/73/62/04087362.pdf>).
7. *Human resources and training in mental health*. Genève, Organisation mondiale de la santé (sous presse) (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
8. European Forum of National Nursing and Midwifery Associations. *Statement on Mental Health, Nursing and Midwifery*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/efnma/work/20040630_1).

¹³ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

15. Législation de la santé mentale

« Il est temps de concevoir les problèmes auxquels doivent faire face les personnes atteintes d'incapacité mentale non seulement sous l'angle social, mais aussi comme un impératif des droits de l'homme. »

– Lawrence O. Gostin (1)

Relever les défis

Les droits des personnes souffrant de troubles mentaux sont fréquemment bafoués

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont sujettes à un grand nombre de violations de leurs droits dans le cadre des soins de santé comme dans d'autres contextes. Ces violations sont souvent commises dans des institutions psychiatriques dispensant des traitements et des soins inadéquats, dégradants et dangereux, dans des conditions inhumaines et peu hygiéniques. Les questions inhérentes à l'hospitalisation et au traitement volontaires des patients sont souvent éludées : les personnes atteintes de problèmes mentaux sont considérées comme incapables de prendre des décisions car aucune évaluation indépendante de leurs capacités n'a été réalisée. Cela signifie que les patients peuvent être enfermés pendant de longues périodes, voir leur autonomie et leur liberté de mouvement limitées, et être exclus de la société. Tout cela a pour conséquence de renforcer la stigmatisation envers les maladies mentales.

Les mythes et les préjugés liés aux troubles mentaux ont également un impact négatif sur le quotidien des personnes souffrant de problèmes mentaux, une situation qui engendre discrimination et violation des droits même les plus fondamentaux. Cette stigmatisation limite l'accès de ces personnes à l'emploi, à l'éducation et au logement, ce qui, en retour, limite leur capacité de recevoir des soins appropriés, de s'intégrer dans la société et de guérir de leur maladie.

Une législation progressive doit être adoptée

La grande majorité (92 %) des pays de la Région européenne possèdent un certain nombre de dispositions législatives sur la santé mentale. Or, la simple existence d'une telle législation ne garantit pas en elle-même la non-violation des droits de l'homme. La législation de beaucoup de pays est en fait désuète, et sert plus à limiter les droits qu'à les protéger. Plusieurs cas présentés récemment à la Cour européenne des droits de l'homme (2,3), ainsi que divers rapports émanant d'ONG (4,5,6) et faisant état de violations des droits de l'homme, notamment les conditions et les traitements inhumains et dégradants infligés dans les institutions psychiatriques indiquent clairement que bon nombre de pays d'Europe ont encore un long chemin à parcourir pour promouvoir et protéger les personnes souffrant de troubles mentaux dans le respect des normes internationales et régionales en matière de droits de l'homme.

Une législation progressive en santé mentale confère un cadre légal permettant de résoudre les problèmes critiques auxquels sont confrontés les personnes atteintes de problèmes mentaux. Cette législation peut notamment empêcher les violations des droits de l'homme et la discrimination, promouvoir les droits, l'autonomie et la liberté des personnes souffrant de troubles mentaux, encourager l'accès aux soins de santé mentale et l'intégration sociale. Elle doit également établir un équilibre entre les droits de l'individu et la protection de la société dans les rares cas où les personnes atteintes de problèmes mentaux constituent un risque pour autrui.

Trouver des solutions

Les pays doivent élaborer une législation de santé mentale qui respecte les obligations et les droits définis dans les instruments internationaux et européens des droits de l'homme. La majorité des pays d'Europe ont ratifié la Charte internationale des droits de l'homme (la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et ses deux protocoles facultatifs) et/ou la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du Conseil de l'Europe. Ces instruments créent des obligations juridiquement contraignantes afin que les gouvernements respectent, protègent et appliquent les droits ainsi définis. En outre, les systèmes européens des droits de l'homme et ceux des Nations Unies possèdent un nombre de normes convenues à l'échelle internationale sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Les *Principes de protection des personnes atteintes de maladie mentale et d'amélioration des soins de santé mentale* des Nations Unies (1991) et la Recommandation du Conseil de l'Europe sur la psychiatrie et les droits de l'homme 1 235 (1994) en constituent deux exemples.

Lors de la réforme de la législation nationale de la santé mentale, les points essentiels suivants doivent être notamment pris en compte.

Améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité selon le principe de l'option la moins restrictive

Des services de santé mentale appropriés devraient être à la fois accessibles, acceptables et de bonne qualité. La législation peut avoir une influence en la matière en garantissant la parité avec d'autres services de soins de santé ainsi que la prestation de soins appropriés et adaptés aux besoins des personnes concernées. Selon le principe de l'option la moins restrictive, les pays doivent prendre des dispositions législatives ainsi que d'autres mesures nécessaires pour que les personnes atteintes de troubles mentaux aient davantage la possibilité de mener une existence pleinement satisfaisante dans la société, en empêchant une hospitalisation inappropriée et en veillant à ce qu'elles bénéficient d'une infrastructure, de services, de programmes, d'un encadrement professionnel et d'une protection adéquats, et qu'elles puissent s'épanouir dans la société.

Respecter les droits des patients

Les personnes atteintes de troubles mentaux jouissent notamment des droits fondamentaux suivants :

- droit à la confidentialité ;
- accès à l'information ;
- droits et conditions des établissements psychiatriques ;
- notification des droits.

La législation doit garantir le respect des **droits des patients à la confidentialité** et prévoir des sanctions pour toute violation volontaire de la confidentialité par les professionnels ou les autorités de santé mentale. La législation peut mentionner les circonstances exceptionnelles où la confidentialité peut être enfreinte en toute légalité, et les patients et leurs représentants devraient avoir le droit de demander un contrôle judiciaire des décisions ayant conduit à la communication de renseignements, ou d'y faire appel.

La législation doit garantir l'**accès libre et total des personnes atteintes de troubles mentaux à leurs dossiers cliniques**, et définir les circonstances exceptionnelles où cet accès peut être limité. Les patients et leurs représentants peuvent avoir le droit de demander un contrôle judiciaire des décisions ayant conduit à la non-divulgence de renseignements, ou d'y faire appel.

La législation doit garantir aux patients des établissements psychiatriques la **protection contre tout traitement cruel, inhumain et dégradant**. Elle doit garantir la constitution d'un environnement à la fois sûr et hygiénique comprenant, notamment, des installations de loisirs, des équipements récréatifs, pédagogiques et culturels, et veiller à ce que les établissements psychiatriques prennent des dispositions appropriées pour assurer la réinsertion professionnelle des patients, et les aider à réintégrer la société après leur hospitalisation. L'environnement doit être structuré de manière à protéger autant que possible la vie privée des patients. Ces derniers ne doivent pas être obligés à effectuer un travail contre leur volonté et, s'ils acceptent de travailler, ceux-ci doivent recevoir une rémunération appropriée.

Aux termes de la législation, les patients doivent être informés de leurs droits lorsqu'ils font appel aux services de santé mentale. **La notification des droits** doit avoir lieu dès que possible, et les informations doivent être communiquées de manière à ce que les patients puissent les comprendre.

Promouvoir l'hospitalisation et les traitements volontaires

Chez la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux, les traitements comme la réadaptation ne devraient être assurés que si elles y consentent librement et de manière avisée. L'hospitalisation et les traitements involontaires ne devraient avoir lieu que dans des circonstances exceptionnelles et bien spécifiques. La législation devrait définir ces cas exceptionnels ainsi que les procédures à suivre lors d'une hospitalisation et de traitements involontaires. Chaque situation devrait faire l'objet d'une évaluation régulière par un organe indépendant, et les patients devraient avoir le droit d'y faire appel en cas de traitement ou d'internement involontaires.

Décourager l'isolement et la contention

La législation devrait décourager l'utilisation de méthodes d'isolement et de contention dans les établissements psychiatriques. Pour ce faire, les pays devront élaborer une infrastructure de santé mentale appropriée, car c'est souvent le manque de ressources qui incite le personnel de santé à recourir à ce genre d'interventions. Afin de protéger les patients contre les mauvais traitements, la législation doit énoncer les circonstances exceptionnelles où ces méthodes peuvent être employées. La contention et l'isolement ne peuvent être autorisés que s'il n'existe aucun autre moyen de prévenir tout préjudice immédiat ou imminent au patient ou à autrui. En outre, la période d'application de ces méthodes devrait être la plus courte possible.

Établir des mécanismes d'évaluation pour la surveillance et la protection des droits des patients

Des organes d'évaluation indépendants devraient être constitués afin de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Leur mandat devrait notamment prévoir l'inspection régulière des établissements psychiatriques. Ces organes devraient également évaluer les cas d'hospitalisation et de traitements involontaires, et les patients devraient pouvoir y faire appel.

Inclure la santé mentale et les droits de l'homme dans d'autres législations

Pour que les personnes atteintes de troubles mentaux puissent mener une existence productive dans la société, il est nécessaire d'adopter une série de lois visant à protéger et à promouvoir leurs droits. Plusieurs exemples de législations sont énoncés dans les paragraphes suivants :

- législation anti-discriminatoire : les lois anti-discriminatoires encourageant également les actions affirmatives en vue de protéger les populations vulnérables devraient également inclure les personnes atteintes de troubles mentaux ;
- législation relative aux soins de santé généraux : les personnes souffrant de troubles mentaux ont besoin d'une protection législative dans leurs relations avec les systèmes de soins de santé généraux. Celle-ci doit porter sur l'accès au traitement, la qualité du traitement, la confidentialité, le consentement au traitement et l'accès à l'information ;
- législation relative au logement : la législation peut notamment prévoir que les programmes de logements sociaux accordent la priorité aux malades mentaux. Elle peut inclure la mise en place de programmes de logements subventionnés et la création de toute une série d'habitations spécialisées tels que les foyers de postcure et de long séjour ;
- législation relative à l'emploi : la législation peut prévoir la protection des personnes atteintes de troubles mentaux contre toute discrimination et exploitation sur le lieu de travail et promouvoir l'égalité des chances. Elle peut également encourager la réinsertion professionnelle des personnes ayant souffert de problèmes mentaux, et assurer leur protection contre le licenciement lorsque celui-ci a pour seul motif la santé mentale ;
- législation relative à la sécurité sociale : le versement d'allocations d'invalidité peut constituer un énorme avantage pour les personnes atteintes d'incapacité mentale, et devrait être encouragé par la législation ;
- droits civiques : les personnes atteintes de troubles mentaux doivent pouvoir exercer tous leurs droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels. Il s'agit notamment du droit de vote, de se marier, de signer des chèques et d'engager toute transaction financière, d'avoir des enfants et de conserver les droits parentaux, de posséder sa propriété, ainsi que du droit à la liberté et à la pratique religieuses, au travail et à l'emploi, à l'instruction, à la liberté de mouvement et au choix de résidence, à la santé, ainsi qu'à un jugement et à une procédure équitables.

Application des lois relatives à la santé mentale

L'application des lois étant un processus particulièrement difficile, il est utile de s'attaquer aux problèmes dès le début. Un financement adéquat doit être garanti afin que les différentes dispositions législatives soient mises en vigueur. Afin d'accroître les

chances d'application efficace, les principales parties prenantes doivent être consultées lors des phases de préparation et d'adoption de la législation. En outre, des activités de sensibilisation, d'éducation et de formation doivent être mises en place afin que le public ainsi que les professionnels de la santé, des soins de santé mentale et d'autres secteurs concernés soient au courant de la législation relative à la santé mentale.

Un exemple

La loi italienne n° 180 sur les traitements de santé volontaires et obligatoires, adoptée en 1978, constitue un exemple de transition d'un système basé sur l'internement et l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux à un système basé sur l'intégration et la réadaptation. Cette loi met en évidence le traitement volontaire de ces personnes dans leur milieu de vie ainsi que dans des institutions de santé intégrées, plutôt que de les isoler dans des asiles psychiatriques. Les patients sont donc plus aptes à s'intégrer dans la société.

Mobilisation des parties prenantes

Pour que la législation soit efficace, il importe que les différentes parties prenantes collaborent à sa phase de préparation et d'application. Parmi les parties prenantes et le rôle que celles-ci sont censées jouer, nous mentionnerons notamment :

- associations de consommateurs, associations de familles et associations de défense :
 - défendre une meilleure protection des droits des malades mentaux et de leur famille, ainsi que l'adoption d'une législation progressive dans le domaine de la santé mentale ;
 - participer à la formulation et à l'application de la législation relative à la santé mentale ;
 - mener des campagnes afin de sensibiliser le grand public aux problèmes de la santé mentale et des droits de l'homme ainsi qu'aux dispositions prévues dans le cadre de la législation relative à la santé mentale ;
- fondations :
 - soutenir l'application de la législation relative à la santé mentale, notamment par la mise en place d'activités de sensibilisation à la santé mentale et aux droits de l'homme ;
 - soutenir la création d'associations de consommateurs, d'associations de familles et d'associations de défense et soutenir leurs activités ;
- établissements d'enseignement :
 - intégrer la formation sur la santé mentale et les droits de l'homme dans l'ensemble des programmes d'enseignement supérieur destinés aux professionnels de la santé et des soins de santé mentale, y compris les soins primaires ;
 - mener des activités de recherche afin de contrôler et d'évaluer l'efficacité de la législation relative à la santé mentale ;
- sociétés professionnelles :
 - contribuer à l'élaboration de la législation relative à la santé mentale ;
 - sensibiliser leurs membres aux problèmes de santé mentale et de droits des malades.

Références¹⁴

1. Gostin LO. International human rights law and mental disability. *Hastings Center Report*, 2004, 34(2):11-12 (<http://www.who.int/ethics/en/Gostin.pdf>).
2. *Hutchison Reid c. Royaume-Uni (50272/99) [2003]. Cour européenne des droits de l'homme (20 février 2003)*. Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/94.html>).
3. *Rakevitch c. Russie (58973/00) [2003]. Cour européenne des droits de l'homme 558 (28 octobre 2003)*. Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/558.html>).
4. *Cage beds: inhuman and degrading treatment in four EU accession countries*. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2003 (http://www.mdac.info/documents/Cage_Beds.pdf).
5. *Human rights and mental health: Hungary*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 1997 (<http://www.mdri.org/pdf/Hungary.pdf>).
6. Rosenthal E, Szeli E. *Not on the agenda: human rights of people with mental disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 2002 (<http://www.mdri.org/pdf/KosovoReport.pdf>).

Autres références¹⁴

Mental health care law: ten basic principles. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996 (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).

Mental health legislation and human rights. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf).

WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Genève, Organisation mondiale de la santé (en préparation).

¹⁴ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005.

16. Responsabilisation et sensibilisation en matière de santé mentale

« La médiation est absolument indispensable pour parvenir à la maîtrise de sa (mauvaise) santé mentale. Et pourtant, rares sont ceux qui savent vraiment ce que ce terme recouvre. En vérité, je n'en connaissais même pas l'existence. C'est par hasard que j'en ai compris le sens, quelques années après ma première hospitalisation, lorsqu'on m'a donné des détails sur mon diagnostic. En fait, je n'avais pas conscience qu'un médiateur pouvait m'être utile pour traiter avec les services de santé mentale jusqu'à ce que je me sente suffisamment « bien » pour m'en rendre compte toute seule. »
– Rachel Studley, une utilisatrice des services de santé mentale/ personne ayant un vécu psychiatrique

Relever les défis

Défendre la cause

Défendre la cause de la santé mentale revient à plaider en faveur de la responsabilisation du patient, mais cela peut aussi avoir un effet bénéfique considérable sur l'amélioration de sa santé mentale (1). La défense de cette cause... (2)

visé à donner aux malades les moyens de s'exprimer et de défendre leurs droits. C'est un processus qui consiste à soutenir les malades et à leur donner les moyens d'exposer leurs points de vue et leurs préoccupations, d'avoir accès à l'information et aux services, de défendre et de promouvoir leurs droits et responsabilités et d'étudier les différents choix et options possibles.

Les patients et leur famille, les ONG, le personnel soignant, les décideurs et, dernièrement, les médias, défendent tous la cause de la santé mentale. Ce sont les patients et leur famille qui sont principalement concernés, car ils touchent de près la question et sont les premiers à s'organiser et à faire entendre leur voix et ce, de différentes façons : diffusion de l'information, sensibilisation, lancement de campagnes, éducation, formation, aide mutuelle, conseil et exercice de pressions.

Grâce à la responsabilisation et à la sensibilisation, on a montré que l'on pouvait réduire la durée de traitement des malades hospitalisés et le nombre de visites auprès des services de santé ; accroître l'estime de soi et le sentiment de bien-être ; améliorer la capacité à faire face aux crises ; renforcer les réseaux d'appui social ; stimuler les relations familiales ; promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes sur la promotion, les traitements et la réadaptation en matière de santé mentale ; contribuer à améliorer et à mettre en œuvre la législation dans ce domaine ; et mieux sensibiliser le public aux questions de santé mentale (1).

La majorité silencieuse

Il est impossible d'estimer le nombre d'organisations d'utilisateurs de services de santé mentale, d'aidants, et d'autres personnes qui défendent les intérêts des malades mentaux au sein de la société civile en Europe, mais ce nombre a incontestablement augmenté et ce, en dépit de l'existence d'une majorité silencieuse de malades qui ne prennent part à aucun mouvement civil lié à la santé mentale. Il s'agit de citoyens paisibles, d'enseignants, de médecins, de conducteurs de bus, de commerçants, etc., qui tombent malades, s'adressent à ces services et reçoivent des traitements médicalement sans que la maladie ne vienne interrompre leur vie quotidienne et sans qu'ils aient besoin d'être hospitalisés. Quel que soit le moment, la part de cette majorité silencieuse et de ceux classés comme « malades mentaux » peut représenter jusqu'à un Européen sur quatre, soit environ 218 millions de personnes (3).

« Ayant moi-même souffert dans le système de santé mentale, je pense pouvoir aider d'autres personnes à défendre leurs droits ... Puisque j'étais considéré comme « fou », j'avais peur d'exprimer mes sentiments et pensais que je n'avais rien à offrir. Je me rends compte aujourd'hui que j'ai au contraire beaucoup à offrir. »

– Alkent Birko, Association Alternativa (Albanie)

Des ONG sont présentes dans environ 90 % de la Région européenne – elles sont actives dans au moins 46 pays sur 52 (4). Toutefois, cela ne veut pas dire que les ONG locales agissent auprès de l'ensemble de la population ou que les patients et les aidants sont directement représentés. Dans des pays où la société civile est encore naissante, les ONG internationales permettent souvent aux organisations locales de patients et d'aidants de faire entendre leur voix pour gagner en responsabilités et défendre leur propre cause. En Europe, les ONG, qui sont dynamiques, étendues et diversifiées, œuvrent à l'amélioration de la santé mentale, à la participation accrue des patients et des aidants, ainsi qu'à la responsabilisation des patients, la défense de leurs droits et de leur choix.

Protection des droits des patients et efficacité des services

Le mouvement de défense de la cause des malades mentaux et des aidants s'est développé pour faire face à la marginalisation dont ont toujours été victimes les personnes souffrant de troubles mentaux en Europe, qui inclut même parfois aujourd'hui une forme de traitement inhumain ou dégradant comme l'exclusion, l'emprisonnement, la dérision, des soins inadaptés et involontaires. Ce mouvement a défendu les droits des citoyens face aux autorités médicales et gouvernementales et poursuivra son action dès lors que des violations des droits des patients seront commises.

« C'est comme être en cage dans un zoo, comme une prison miniature. Accablé et pris au piège, je n'avais pas le droit de manger ni d'aller aux toilettes. Une fois, n'ayant pu me retenir, j'ai dû uriner à travers la cage. J'étais tellement déshydraté que j'ai même essayé de boire ma propre urine. »

– Michel Celetka, patient hospitalisé sur un lit-cage dans un hôpital psychiatrique en Europe, 2004

Les patients et les aidants estiment qu'un certain nombre de points doivent être défendus, dont :

- le droit à l'autonomie et à l'autodétermination ;

- le droit de ne pas être soumis à la torture et à d'autres formes de traitement inhumain ou dégradant ;
- le droit de bénéficier de services suffisants et accessibles ;
- la participation à des travaux de recherche conduits par les patients, l'évaluation des services et la formation dans le domaine de la santé mentale ;
- le droit pour tout individu d'être reconnu comme une personne devant la loi, sans discrimination, et sans que la législation et les politiques ne comportent de lacunes eu égard à la discrimination ;
- la déstigmatisation des troubles mentaux ;
- le droit de bénéficier de services ouverts à toutes les personnes atteintes de problèmes mentaux, qui les respectent davantage, qui soient davantage à leur écoute et auxquels elles puissent participer.

Trouver des solutions

L'OMS a encouragé les ministères de la Santé de ses États membres à œuvrer sur un terrain d'égalité avec d'autres parties prenantes dans ce domaine pour atteindre leur objectif commun, à savoir l'insertion sociale et l'amélioration de la santé mentale.

En conclusion d'une réunion tenue conjointement par l'OMS et la Commission européenne à Bruxelles en 1999, intitulée « Concilier la promotion de la santé mentale et les soins de santé mentale », les participants ont défini plusieurs objectifs communs dont celui « d'élaborer des politiques de santé mentale novatrices, complètes et explicites, en collaboration avec toutes les parties prenantes, et notamment les patients et les aidants, et compte tenu des contributions apportées par les ONG et la société civile ».

Aux termes de l'une des dix recommandations générales formulées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* (3),

les communautés, les familles et les consommateurs doivent prendre part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés. En outre, les interventions doivent tenir compte de l'âge, du sexe, de la culture et de la condition sociale des personnes visées afin de répondre à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Dans la Déclaration d'Athènes (5) adoptée lors d'une réunion de l'OMS pour les pays d'Europe du Sud et du Sud-Est en juin 2001, les signataires ont appelé à la coopération entre tous les secteurs, et notamment les patients et les aidants, dans le domaine de la santé mentale, des catastrophes d'origine humaine, des comportements d'intolérance et des soins de secteur ou de proximité.

Le Conseil mondial pour la santé mentale, institué par l'OMS en 2002 sur le mode d'un partenariat international pour la première fois ouvert à tous les différents groupes d'intérêts, dont deux sont constitués par les patients et par les aidants, a défini les objectifs suivants :

- rassembler les différents groupes d'intérêts partageant un réel intérêt pour la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des troubles mentaux, afin de parvenir à une vision commune du problème selon différentes perspectives ;
- stimuler et appuyer les actions menées en vue de mieux faire connaître la charge que représentent les troubles mentaux, les modes d'intervention disponibles pour la réduire et les effets généralisés de la stigmatisation et de la discrimination ;

- promouvoir la mise en œuvre des dix recommandations du *Rapport sur la santé dans le monde 2001 (3)* dans toutes les régions et l'adoption des stratégies présentées dans le Programme mondial d'action pour la santé mentale.

Si les orientations à suivre et les bonnes intentions ont été définies, il reste toutefois à les mettre en œuvre.

Quelle différence le Plan d'action fera-t-il ?

Dans le Plan d'action de l'OMS sur la santé mentale pour l'Europe, il est reconnu que le manque de responsabilités accordées aux patients comme aux aidants, ainsi que les efforts insuffisants de sensibilisation constituent un obstacle à la dispense de soins. Les pays sont fortement engagés à faire participer les patients et les aidants à la planification et à la mise en œuvre de services de santé mentale. Sur cette base, ils sont incités à mener des actions visant à encourager la création et le développement d'organisations gérées par les patients et les aidants ; la définition de normes de représentation des patients et des aidants dans les comités responsables de la planification, de la prestation des services, de l'évaluation et de l'inspection ; et la garantie d'un droit légal à une médiation indépendante pour les personnes sujettes à des soins involontaires.

Stratégies de responsabilisation et de sensibilisation

Les stratégies de responsabilisation et de sensibilisation prévues dans le Plan d'action visent à :

- sensibiliser davantage le public et défendre la cause de la santé mentale dans le but d'éradiquer la stigmatisation et d'améliorer l'accès aux soins ;
- responsabiliser la population dans son ensemble, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés, en élaborant une information ciblée qui leur permettra d'effectuer des choix et de participer aux soins, notamment afin de résoudre les problèmes liés au stress, à la dépression, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et au suicide ;
- organiser et diriger des services dont l'objectif est la responsabilisation et la sensibilisation au nom des groupes vulnérables de la population ;
- mettre en place des initiatives visant à accroître les responsabilités parentales, à améliorer l'éducation, à stimuler la tolérance, et à lutter contre l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence et la criminalité ;
- développer des services locaux adaptés aux besoins des groupes minoritaires ;
- mettre en place des numéros d'appel d'aide téléphonique et des services de conseil sur Internet pour encadrer les personnes en situation de crise, souffrant de violence ou risquant de se suicider ;
- créer des possibilités d'emploi pour les personnes invalides ;
- collaborer avec les médias locaux.

Quelques exemples

Partenariat multisectoriel sur la promotion de la santé mentale – une approche horizontale en Islande

Le projet de coopération Gedrækt visant à promouvoir la santé mentale en Islande a été mis en œuvre sur un mode de partenariat entre l'État, le secteur privé et la société civile (6, 7). Géré par la Direction islandaise de la santé, l'Alliance islandaise pour la santé mentale (une ONG), le Groupe de services de santé mentale de l'Hôpital universitaire et les Services de soins de santé islandais, ce projet a pour but de

conserver sa structure indépendante, suivant la stratégie qui consiste à récolter le maximum de fonds du secteur privé. En effet, son financement est assuré à 75 % par des entreprises privées, le reste provenant de subventions publiques.

Le projet Gedrækt combine en fait l'approche descendante et l'approche ascendante, avec les objectifs de politique de la première et la perspective privilégiant les initiatives de la seconde. Cette méthode s'est avérée prometteuse pour les pouvoirs publics qui ont pu œuvrer par l'intermédiaire de la société civile afin de mettre en application leurs décisions et d'atteindre des objectifs précis.

Il ressort d'une étude axée sur les résultats et sur la popularité du projet, menée par IMG Gallup deux ans après son lancement, que près de 50 % des Islandais avaient entendu parler de Gedrækt et que plus de 60 % savaient en quoi il consistait.

Système de médiation pour les patients psychiatriques en Suède

Le système du médiateur personnel résulte de la réforme du système de santé mentale engagée en Suède en 1995. Le médiateur est un professionnel de la santé, très compétent, qui travaille uniquement au nom du patient psychiatrique. Il n'agit pour le compte d'aucun service psychiatrique, service social ou autre organisme ni pour celui, entre autres, des familles des patients. Il ne répond qu'aux demandes de ses clients. Il peut s'écouler un certain temps avant que le client soit conscient du type d'aide dont il a besoin et ait le courage de l'avouer. Le médiateur établit une relation à long terme avec son client, contrairement à la plupart des services traditionnels où le patient psychiatrique passe par différentes mains et ne reçoit souvent qu'une aide limitée.

Le médiateur veille tout particulièrement à apporter une aide aux patients les plus difficiles d'accès. Il est employé soit au niveau local soit par des ONG, la préférence étant donnée à ces dernières pour éviter tout conflit d'intérêts et toute forme de suspicion à cet égard.

Dans la province de Scanie (sud de la Suède) qui compte 1,1 million d'habitants, environ 25 médiateurs sont employés par une organisation indépendante qui regroupe des patients et des familles et qui soutient environ 400 personnes atteintes de graves troubles mentaux, dont 75 sans-abri (8).

Le médiateur doit respecter différentes lignes de conduite et notamment les suivantes :

- sa semaine de travail est de 40 heures par semaine mais il doit être prêt à travailler à tout moment, en fonction des besoins du client ;
- il n'a pas de bureau (un bureau implique une forme de pouvoir) ;
- il s'attache à établir une relation avec le patient. Étant donné que de nombreux clients sont suspicieux et difficilement accessibles, c'est au médiateur d'aller vers le patient afin de : 1) nouer le contact ; 2) favoriser la communication ; 3) créer des liens ; 4) entamer un dialogue ; et 5) se voir confier des missions ;
- aucune procédure administrative ou officielle n'est requise pour faire appel à un médiateur ;
- on devrait pouvoir faire appel à des médiateurs de différentes origines ethniques afin de répondre aux besoins des patients appartenant à telle ou telle minorité ethnique ;
- un client devrait avoir droit à l'anonymat vis-à-vis des pouvoirs publics, ce que devrait respecter le médiateur.

Influer sur les politiques

Cela fait plus de trois ans que Hamlet Trust, une ONG internationale, a mis en œuvre son programme « Pathways to Policy » (Les chemins de la politique) dans des pays d'Europe centrale et orientale (Arménie, Bosnie-Herzégovine, Estonie, Kirghizistan, Roumanie et Slovaquie) (9). Ce programme vise à permettre à des ONG locales de travailler avec d'autres partenaires de la santé mentale pour pouvoir exercer une plus grande influence sur les politiques, pratiques et procédures au niveau local. Ces partenaires sont notamment les suivants : professionnels de la santé tels que des psychiatres, des travailleurs sociaux et des infirmiers ; familles et aidants ; responsables politiques ; fonctionnaires et administrateurs ; médias ; et entrepreneurs locaux. Des forums sur les politiques locales permettent à ces groupes de se rencontrer et de collaborer régulièrement en vue d'élaborer des stratégies visant à influencer sur les politiques.

Pour la première année seulement, quelque 400 personnes auraient déjà bénéficié directement de ce programme, dans le cadre de 17 manifestations organisées dans six pays. Le programme étant aujourd'hui dans sa troisième année, les forums sur les politiques locales mettent en place des forums nationaux dans leurs pays respectifs selon les principes suivants : création de réseaux de proximité, élaboration de politiques partant de la base et participation active des patients. Si, à long terme, un tel programme devrait permettre aux patients et aux ONG d'exercer une influence sur la politique de santé mentale au niveau local, dans l'immédiat (d'ici à la fin 2004), les résultats attendus sont plus spécifiques :

- les patients et les ONG devraient tisser de nouveaux liens, plus profonds et durables, avec d'autres parties prenantes (en particulier des fonctionnaires, des responsables politiques locaux, des administrateurs et les médias) ;
- les forums devraient mener une action locale afin de faire davantage entendre leur voix en matière de politique de santé mentale (par exemple, par l'intermédiaire de campagnes de promotion, de groupes de pression et des relations publiques) ;
- il faudrait promouvoir le profil des patients en tant que participants actifs au processus d'élaboration des politiques (dans les médias par exemple).

Au-delà de décembre 2004 :

- le programme sera évalué à titre indépendant et les enseignements tirés seront regroupés ;
- un dossier d'information devrait être publié afin de faire connaître les nouveaux enseignements tirés et les études de cas menées dans le cadre de ce programme ;
- s'il est jugé utile de continuer à organiser des forums au niveau local, Hamlet Trust aidera les groupes à rechercher un mode de financement durable à cette fin.

La Fondation Pandora aux Pays-Bas

La Fondation Pandora a été créée en 1964 pour lutter contre les préjugés dont sont victimes les (anciens) patients psychiatriques. Aujourd'hui, 40 ans plus tard, plus d'une centaine de bénévoles et de membres du personnel œuvrent activement pour améliorer la position sociale de tous ceux qui souffrent, ou qui ont souffert, de problèmes mentaux (10). La Fondation Pandora travaille dans un certain nombre de domaines tels que les soins de santé mentale, la recherche d'emploi, la protection sociale et l'assurance pour parvenir à une véritable amélioration du statut social des personnes atteintes de troubles mentaux et œuvrer en faveur de soins et d'une assistance de meilleure qualité. Elle se place toujours du point de vue du client. Elle

fournit des renseignements en toute indépendance et n'est parrainée par aucun laboratoire pharmaceutique.

Activités

Les ateliers intitulés « Avez-vous déjà rencontré une personne normale ? » abordent des questions importantes comme la lutte contre la stigmatisation, tentent d'améliorer la façon dont les personnes ayant souffert de problèmes mentaux sont traitées et permettent d'entamer le débat sur les problèmes mentaux. Ce sont des « experts par expérience » qui permettent d'atteindre ces objectifs : des personnes ayant acquis une expérience sur le terrain dispensent une éducation dans le domaine des troubles psychologiques ou psychiatriques. Ils mettent en lumière les expériences, motivations et dilemmes des personnes atteintes de troubles psychologiques et psychiatriques. Les éducateurs donnent un enseignement général notamment aux publics suivants : écoles, établissements d'enseignement (spécialisés dans les soins de santé), projets d'entraide, groupes de soins, organisations de femmes, service de police et aidants.

Le surmenage ou le symptôme d'épuisement professionnel ou de dépression ne concerne pas seulement l'employé. C'est aussi un problème pour le personnel de la direction et des ressources humaines. Les ateliers destinés aux employeurs sur les « congés de maladie dus à des troubles mentaux » visent donc à clarifier la position et les expériences des personnes atteintes de problèmes mentaux et à promouvoir le dialogue entre les employés et leur direction.

Trente personnes – ayant toutes personnellement souffert de troubles mentaux – fournissent un appui, des informations et des conseils par téléphone à des patients, à leur famille et au grand public.

« La participation constructive de tous les acteurs, et en particulier des personnes souffrant d'un handicap mental elles-mêmes, de leur famille, d'hommes politiques, de juristes, de professionnels de la santé et d'ONG est essentielle. Ces acteurs, qui sont des partenaires et non des adversaires, ont tous un rôle à jouer. »

– Conclusion n° 13 d'un séminaire organisé par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en février 2003

Mobilisation des parties prenantes

Une approche horizontale de l'amélioration de la santé mentale implique la participation d'institutions intergouvernementales, de gouvernements, de décideurs, du secteur privé et de la société civile, œuvrant vers un objectif commun sur le mode du partenariat et de la coopération. Il est plus facile de répartir cette tâche en sensibilisant l'opinion que de la confier à un seul secteur de la société comme le gouvernement.

On contribuerait dans une très large mesure à établir un mode de communication plus juste et plus équitable entre ceux qui dispensent les soins et ceux qui les reçoivent si l'on parvenait à faire participer activement les patients et les aidants à la planification et à la prestation de leurs propres services de santé mentale ou de ceux de leur famille. Des mesures dans ce sens sont déjà en cours de mise en œuvre en Europe, en réponse aux organisations de patients qui demandent depuis toujours à participer davantage à la prise de décisions sur des sujets qui les concernent.

Références¹⁵

1. *Advocacy for mental health*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf).
2. Kelley N. *The Mind guide to advocacy*. London, Mind, 2000 (<http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Mind+guide+to/advocacy.htm>).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/>, consulté le 28 octobre 2005).
4. *Atlas : ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_fre.pdf).
5. *Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/MNH/AthensDeclar.pdf>).
6. *Gedrákt. Mental health promotion*. Reykjavik, Institut islandais de santé publique, 2005 (http://www.ged.is/media/gedraekt/efni//gedrakt_enska.PDF).
7. Saxena S, Garrison PJ, eds. *Mental health promotion. Case studies from countries. A joint publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004:57 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/case_studies_report.pdf).
8. PO-Skåne. Swedish user-run service with personal ombud (PO) for psychiatric patients [site Web]. Malmö, PO-Skåne, 2005 (<http://www.po-skane.org>).
9. Hamlet Trust [site Web]. London, Hamlet Trust, 2004 (<http://www.hamlet-trust.org.uk>).
10. Stichting Pandora [site Web]. Amsterdam, Fondation Pandora, 2005 (<http://www.stichtingpandora.nl/>).

Autres références¹⁵

Centre de soutien et de contact [site Web]. Copenhague, Centre de soutien et de contact, 2005 (<http://www.skc.dk>).

Centre fédéral d'éducation sanitaire [site Web]. Cologne, Centre fédéral d'éducation sanitaire, 2005 (<http://www.bzga.de/>).

EUFAMI [site Web]. Louvain, Fédération européenne des associations de familles de malades psychiques, 2005 (<http://www.eufami.org/index.pl?recordid=0&view=list&lang=fr>).

Fondation arménienne pour la santé mentale [site Web]. Erevan, Fondation arménienne pour la santé mentale, 2005 (<http://www.mentalhealth.am/index.htm>).

L'Institut suédois du handicap [site Web]. Vällingby, Institut suédois du handicap, 2005 (<http://www.hi.se/francais/default.shtm>).

¹⁵ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005, sauf si indiqué autrement.

Mental Disability Advocacy Center [site Web]. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2005 (<http://www.mdac.info>).

Mental Health Foundation [site Web]. London, Mental Health Foundation, 2005 (<http://www.mentalhealth.org.uk>).

Mental Health Ireland [site Web]. Dublin, Mental Health Ireland, 2005 (<http://www.mentalhealthireland.ie/default.asp>).

Mind [site Web]. London, Mind, 2005 (<http://www.mind.org.uk>).

Santé mentale europe [site Web]. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org/>).

17. L'économie de la santé mentale en Europe

« Le manque de ressources est derrière tous les obstacles qui entravent l'amélioration de la santé mentale. Il est utile d'apporter une perspective économique aux tentatives visant à surmonter ces obstacles. »

– Professeur Martin Knapp, Conférence sur l'économie et la politique de la santé mentale dans un contexte mondial, Londres, mai 2003

Relever les défis

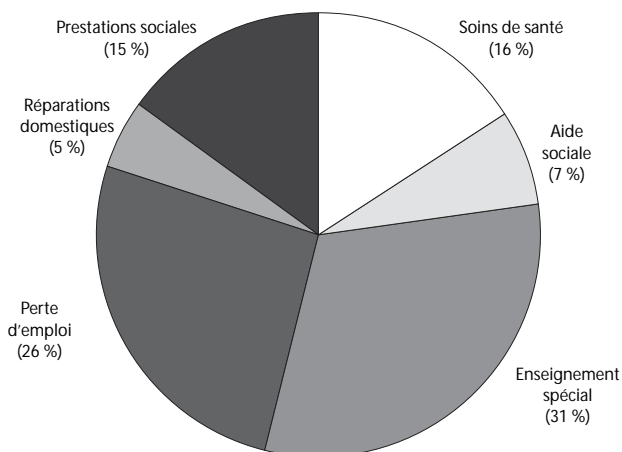
La société ne peut se permettre de ne pas investir dans la santé mentale. Les coûts économiques des problèmes de santé mentale pour la société sont en effet énormes. D'après une estimation prudente de l'Organisation internationale du travail, ils se chiffrent à 3-4 % du PNB des États membres de l'UE (1).

Si de plus en plus d'estimations nationales sont disponibles, les comparaisons directes entre les pays restent cependant difficiles car les méthodes varient : en Allemagne, les dépenses totales de soins de santé consacrées à l'ensemble des troubles mentaux et du comportement ont été officiellement estimées à 22,44 milliards d'euros en 2002, 62 % étant encourus par des femmes – 4,025 milliards d'euros ont été notamment consentis à la dépression, 2,756 milliards d'euros à la schizophrénie et d'autres troubles connexes, et 2,825 milliards d'euros aux troubles névrotiques, dont le stress. Le coût moyen par habitant se chiffrait à 270 euros. Une autre étude réalisée récemment en Angleterre, et qui tenait compte des coûts induits par la perte de productivité, a permis d'estimer les coûts totaux de la dépression chez les adultes à 15,46 milliards d'euros en 2002, soit 309,2 euros par habitant ; si les traitements n'ont coûté que 636 millions d'euros, la majeure partie des dépenses provenait de la perte d'emploi due à l'absentéisme et à un décès prématuré. Des millions de journées de travail sont perdues chaque année. En France, par exemple, 31,9 millions de journées de travail ont été perdues en 2000 à cause de la dépression. Une analyse des études réalisées pour évaluer les coûts de la schizophrénie, une condition affectant un nombre absolu de personnes largement inférieur à celui de la dépression, a permis également de confirmer le montant élevé de ces coûts (2). Selon des études menées en Angleterre et en Hongrie, les dépenses des soins de santé et de l'aide sociale concourent à environ un tiers de l'ensemble des coûts, les deux tiers restants étant imputables aux emplois perdus. Plusieurs études réalisées en Belgique et aux Pays-Bas ont permis d'estimer l'incidence économique de la schizophrénie à environ 2 % des dépenses totales de santé. Cependant, ces chiffres ne tiennent pas compte des coûts induits par la perte de productivité ou d'autres facteurs économiques défavorables (3).

Il existe d'autres coûts importants, mais leur estimation n'a pas été réalisée avec autant d'efficacité. Les coûts induits par le manque de performance au travail des personnes souffrant de problèmes mentaux non traités, comme la dépression, sont peut-être cinq fois plus élevés que ceux dus à l'absentéisme (4). Il importe de mentionner également les retombées fiscales à long terme des troubles mentaux dans la mesure où ils sont l'une des causes principales de la retraite anticipée ou de la perception d'allocations d'invalidité. La prise en charge des personnes atteintes de problèmes mentaux par leurs proches a aussi un coût financier important qui n'est pas toujours pris en compte : rien que pour la schizophrénie, les familles consacrent parfois six à neuf heures par jour aux patients. Dans le cas de la démence et d'autres troubles connexes, la contribution des proches peut concourir à plus de 70 % des dépenses totales, certains d'entre eux apportant une aide 24 heures sur 24. Les effets négatifs sont parfois difficiles à évaluer en termes monétaires, mais viennent grever les coûts des problèmes de santé mentale. Par exemple, les personnes atteintes de psychoses se marient ou cohabitent beaucoup moins que le reste de la population. La stigmatisation associée aux troubles mentaux favorise également la discrimination sur le marché du travail.

Les coûts économiques de la santé mentale sont par conséquent loin d'être négligeables. Contrairement aux autres problèmes de santé, la majorité des coûts économiques sont induits en dehors même du système de soins. Les résultats d'une étude réalisée en Angleterre sur les troubles du comportement chez les enfants (figure 17.1) en constituent d'ailleurs un excellent exemple : le système de soins de santé n'intervient que pour 16 % des coûts encourus, alors que d'autres facteurs tels que la perte de possibilités d'emploi des parents, l'enseignement spécial, l'aide sociale et les réparations domestiques contribuent également aux dépenses. En général, la perte d'emploi, l'absentéisme et les congés de maladie, ainsi que la diminution de la performance au travail, les pertes de possibilités de meubler son temps libre et la mortalité précoce concourent à 60-80 % des coûts totaux induits par les principaux problèmes mentaux.

Figure 17.1. Coûts globaux induits par les troubles du comportement chez l'enfant (Angleterre)



Source : Knapp et al. (5).

Quel rôle peut jouer l'économie ?

Manifestement, il ne suffit pas de savoir que les problèmes mentaux induisent des coûts importants, ou qu'il existe même des interventions efficaces contribuant à promouvoir le bien-être et à retrouver une bonne santé mentale. Comme les sociétés humaines se caractérisent par un manque de ressources à la fois chronique et généralisé, nous ne disposerons jamais de moyens suffisants pour répondre à tous les problèmes de santé. Il faut par conséquent choisir. En compilant les informations disponibles sur les coûts et l'efficacité des différentes politiques et interventions, les méthodes économiques telles que l'analyse du rapport coût-efficacité ou du rapport coût-avantages peuvent produire des données qui aideront les principaux responsables à prendre des décisions avisées en vue d'utiliser au mieux les ressources disponibles et, par conséquent, d'en profiter au maximum. Ces arguments économiques peuvent jouer un rôle essentiel et plaider en faveur d'un investissement dans la santé mentale.

Si les bases factuelles sous-tendant le rapport coût-efficacité des interventions de santé mentale sont de plus en plus nombreuses, la plupart des recherches ont lieu en Amérique du Nord, en Europe occidentale ou en Australasie, et les résultats risquent de ne pas être applicables dans d'autres contextes. Nous sommes toujours confrontés au même défi : celui de mieux cerner les rapports coût-efficacité dans d'autres régions, notamment dans les pays d'Europe centrale et orientale, où les conditions locales, les ressources disponibles et les structures du système de santé doivent être prises en compte. La majorité des études de coût-efficacité portent sur les traitements pharmaceutiques, et beaucoup reste à faire pour évaluer d'autres interventions, comme celles visant à promouvoir le bien-être et la bonne santé mentale. La mise en place d'interventions plus rentables (présentant un meilleur rapport coût-efficacité) risque en fait d'exiger davantage de ressources que les services existants. En outre, on sera sans doute confronté au problème de « budgétisation cloisonnée », qui se pose quand le financement des services de santé mentale provient de plusieurs secteurs : des tensions et des difficultés apparaissent lors de la définition d'une approche coordonnée au financement d'interventions dont l'excellent rapport coût-efficacité a pu être démontré. Par exemple, la mise en place d'une intervention hautement rentable risque de fortement grever le budget d'un secteur (par exemple, celui de la santé), tout en bénéficiant à un autre secteur (par exemple, l'aide sociale) et en réduisant les dépenses.

Respecter l'égalité des chances

Les décisions relatives à l'allocation des ressources ne devraient jamais se fonder uniquement sur des arguments de coût-efficacité et de rentabilité. Il est essentiel qu'une solution soit apportée aux violations fondamentales des droits de l'homme, et il est tout aussi important de garantir l'égalité d'accès aux services sur la base des besoins. Même lorsque les services sont dispensés sans la moindre contrainte financière (par exemple, lorsque les patients doivent avancer les frais des soins), jusqu'à deux tiers des patients pouvant en bénéficier risquent en fait de ne pas y avoir recours. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination que ressentent les personnes une fois cataloguées comme souffrant de problèmes mentaux expliquent partiellement cette situation. Comme les interventions menées auprès des populations se traduisent par des résultats inégaux au niveau de la santé mentale, il serait peut-être utile d'en tenir compte et de se concentrer sur les groupes les plus vulnérables aux troubles mentaux, même si cette démarche ciblée est moins rentable que les interventions visant la population dans son ensemble. Parmi les groupes à haut risque, nous mentionnerons les pauvres ou les exclus sociaux, les réfugiés et les minorités ethniques.

Le financement de la santé mentale en Europe

Un autre défi consiste à assurer une allocation équitable des ressources disponibles pour la santé aux soins de santé mentale. En Europe, le traditionnel sous-financement de la santé mentale dans bon nombre de systèmes n'apporte rien en termes d'efficacité, étant donné les avantages non négligeables que les interventions dans ce domaine peuvent apporter. Il ne s'agit pas non plus d'une situation équitable si l'on tient compte du fait que les troubles mentaux représentent près de 20 % de l'ensemble des problèmes de santé auxquels doit faire face le continent.

L'Atlas des ressources consacrées à la santé mentale (6) publié par l'OMS en 2001 constitue la première tentative de collecte systématique de données relatives aux coûts de la santé mentale dans les pays de la Région européenne de l'OMS. En tout, seulement 23 des 52 États membres ont fourni des informations, l'une des principales raisons étant la structure fragmentée des schémas de financement, notamment lorsqu'un système d'assurance sociale a été mis en place. La situation n'est guère facilitée par le fait que, dans bon nombre de cas, les services de santé mentale sont souvent dispensés en dehors du secteur même de la santé, et relèvent par conséquent de structures de financement différentes. En combinant les données de l'Atlas avec des résultats provenant d'études plus récentes réalisées par le Réseau européen sur l'économie de la santé mentale (7), il a été possible de produire des données sur les dépenses consenties aux soins de santé mentale dans 28 pays. Les chiffres varient entre un peu plus de 13 % à moins de 2 % de l'ensemble des dépenses totales, avec seulement quatre pays allouant plus de 10 % de leur budget de la santé à la santé mentale, 16 dépensant entre 5 et 10 %, et le reste moins de 5 %. Les budgets les moins élevés (inférieurs à 2 %) ont été tous relevés dans les NEI, où peu de priorité est traditionnellement accordée aux services de santé mentale.

Bien que le niveau des ressources disponibles pour la santé mentale dans les budgets de la santé financés par les pouvoirs publics varie considérablement, les méthodes de financement des soins de santé mentale restent généralement équitables, et diffèrent très peu de celles utilisées pour les soins de santé en général. Elles dépendent principalement des recettes fiscales et du système d'assurance sociale, tout en respectant les principes de la solidarité et de l'universalité. Les assurances privées fournissent une couverture minimale des services de santé mentale, une situation qui s'explique par la nature chronique et les coûts élevés des traitements et des interventions dans ce secteur. En cas de couverture des soins, les primes d'assurance sont souvent plus élevées. Cependant, le recours à des assurances privées s'impose graduellement dans bon nombre de régions d'Europe et, dans les pays où la couverture des soins de santé évolue davantage dans ce sens, le défi sera à l'avenir d'assurer une prise en charge complète des troubles mentaux, comme pour les autres conditions pathologiques.

Financement des services de santé mentale en dehors du secteur de la santé

Beaucoup de services de santé mentale sont financés et dispensés en dehors du cadre même du secteur de la santé. Peu de pays, en effet, offrent un éventail complet de services au sein même du système de soins de santé. Les services de proximité sont de plus en plus assurés par le secteur de l'aide sociale, et les conséquences à la fois sur le droit et l'accès aux soins peuvent être de taille. Contrairement aux principes d'universalité et de solidarité qui caractérisent les systèmes de soins de santé, les systèmes d'aide sociale peuvent, quant à eux, limiter l'accès aux services, à la suite

d'une évaluation des revenus par exemple, ou par une participation importante aux coûts. D'autres critères, comme l'évaluation de l'invalidité, peuvent aussi jouer un rôle. Dans le cas présent, le défi est d'éviter l'augmentation des injustices en termes d'accès aux services et de dispensation de soins de santé mentale si l'on continue à réorienter le financement de ces services en dehors du secteur même de la santé.

L'accès au logement et aux soins de longue durée est notamment sujet à une évaluation des revenus. Par conséquent, les moyens financiers de la personne concernée (ou, dans certains cas, de ses proches) seront tout d'abord évalués. Celle-ci devra sans doute puiser largement dans ses propres revenus, voire même y investir ses économies ou son capital avant d'avoir droit à une aide sociale. Dans le secteur non sanitaire, il arrive que les patients doivent avancer la majeure partie des frais encourus pour les services dispensés, ce qui a une incidence sur leur capacité d'accès à ces services. Sur les 15 États membres de l'UE (avant l'élargissement de mai 2004), seule la Suède semble actuellement financer l'ensemble des services d'aide sociale à l'aide des recettes fiscales, et évaluer les besoins des patients plutôt que leurs revenus.

Obstacles financiers à la désaliénation

Dans certains États membres de la Région européenne de l'OMS, et notamment dans les NEI, la transition d'un système toujours hautement dépendant des soins en institution (dans des hôpitaux psychiatriques ou des foyers d'aide sociale) vers des services de proximité constitue un défi particulièrement préoccupant. La plupart de ces pays possèdent un système de financement directement lié à l'occupation des lits, ce qui rend difficile la gestion locale des services alternatifs de proximité. Même si la désaliénation a lieu, il reste toujours le risque que les crédits ne soient pas versés à la dispensation des services de proximité. En outre, le climat économique régnant dans certains pays a des effets pervers : les établissements psychiatriques sont incités à autoriser d'abord la sortie des patients les plus coûteux, sans aucun transfert de fonds vers les services de proximité, alors qu'ils gardent les patients les moins chers (ceux qui, par conséquent, ont le moins besoin d'être hospitalisés) afin de disposer de davantage de ressources.

Trouver des solutions

Il importe d'élargir davantage notre base d'informations sur le mode de financement actuel des services de santé mentale, de mieux calculer leurs coûts et de déterminer leur disponibilité dans toute l'Europe afin de faciliter le processus décisionnel en matière d'allocation des ressources et d'identifier toute lacune en matière d'accès aux services essentiels. Ces efforts ne devraient pas seulement porter sur les systèmes de soins de santé, mais englober également d'autres secteurs comme l'aide sociale. Le nombre croissant de données disponibles sur le rapport coût-efficacité des interventions peut être adapté et utilisé dans différents contextes nationaux, en fonction des structures organisationnelles, du niveau des revenus et des coûts des services de soins de santé.

Le Réseau européen sur l'économie de la santé mentale (7) collecte actuellement des données relatives au financement et à la disponibilité des services dans différents secteurs. Il analyse les liens existant entre l'emploi et la santé mentale, ainsi que le rapport coût-efficacité de la promotion de la santé mentale et des interventions mises en œuvre en matière d'emploi dans 31 pays. L'objectif est de développer les compétences locales afin de mieux relever les nombreux défis auxquels doivent faire face les systèmes de santé mentale, et d'examiner comment les mesures d'encouragement

économique peuvent promouvoir la transition de soins en milieu hospitalier à des services de proximité dotés d'un financement adéquat. L'utilisation plus large des arguments économiques dans le processus décisionnel relatif à la santé mentale en sera sans doute facilitée.

Le programme Choix d'interventions rentables (WHO-CHOICE) (8) a également permis la création d'une base de données relative à la rentabilité d'un grand nombre d'interventions de santé mentale dans la Région européenne. Même si ces informations ne portent pas sur des pays bien particuliers, elles s'appliquent à trois sous-régions, et leur transparence rend possible leur adaptation en fonction des coûts et de la disponibilité des ressources au niveau local. La base de données permet de prouver de manière scientifique qu'il existe bien des traitements rentables dans l'ensemble de la Région européenne, même lorsque les ressources sanitaires sont particulièrement limitées (9) et ce, sans que l'on ne tienne compte des avantages supplémentaires obtenus à la suite de la réduction des pertes de productivité et de la diminution d'autres conséquences néfastes induites par les problèmes de santé mentale.

Des mesures d'encouragement financier et d'autres mécanismes sont également disponibles afin d'améliorer, au sein des systèmes, l'allocation des ressources à la santé mentale. Il est possible de contribuer à la fermeture des établissements de longue durée et des foyers d'aide sociale en modifiant ces mesures d'encouragement financier de manière à ce que les fonds soient finalement alloués à chaque patient, quel que soit le lieu où il ou elle se fait soigner. Or, un tel changement nécessite une volonté politique. Il est également nécessaire, durant toute phase de transition, de financer à la fois les nouveaux services de proximité et les établissements psychiatriques existants jusqu'à ce que ces derniers soient abandonnés progressivement.

Lorsque des informations sont disponibles sur l'ampleur des besoins en matière de soins de santé mentale dans les différents pays, par exemple par le biais d'enquêtes régulières visant à quantifier la morbidité psychiatrique, ces données peuvent être utilisées pour décentraliser l'allocation des ressources au niveau local. C'est notamment le cas en Angleterre où les responsables ou les services locaux reçoivent une quote-part du budget national de la santé évaluée non seulement en fonction de la composition même de la population par sexe et groupes d'âge, mais aussi en fonction des besoins en soins de santé mentale. Cette évaluation tient compte de la morbidité psychiatrique, ainsi que de la situation en matière de logement et du niveau de pauvreté au sein de la localité. Bien que ces fonds ne soient pas entièrement réservés à cette fin, les responsables locaux doivent assurer des services qui puissent satisfaire aux exigences du National Service Framework for Mental Health (Cadre de service national pour la santé mentale), qui veille à ce que des ressources soient affectées à la santé mentale.

L'un des moyens de faciliter l'utilisation équitable des fonds afin de répondre aux besoins des personnes souffrant de problèmes mentaux, notamment au niveau local, est d'effectuer des « paiements directs » aux patients, leur permettant ainsi d'acheter les services les mieux adaptés. Ce système a été introduit en option dans certains pays comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni et, même s'il n'a pas encore été entièrement évalué, il semble éviter le problème de la coordination intersectorielle des ressources financières dans la mesure où ces paiements peuvent être utilisés pour se procurer des services dans tout un ensemble de secteurs.

Cependant, et c'est là le point le plus important, les économistes de la santé mentale doivent collaborer avec d'autres parties prenantes afin de convaincre les décideurs de la puissance même des arguments économiques qui peuvent stimuler, en toute

objectivité, les investissements dans la santé mentale. En outre, les analyses économiques peuvent aussi largement alimenter les débats sur la manière de promouvoir les réformes à l'aide de mesures d'encouragement financier. Pareillement, les économistes, entre autres, doivent tenir davantage compte des besoins des décideurs, et mener des recherches qui puissent répondre aux questions de politique fondamentales.

Références¹⁶

1. Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Genève, Organisation internationale du travail, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/execsums.pdf>).
2. Knapp M, McDaid D, Curran C. Identifying and tackling the economic impacts of mental health problems. In: Azueta I, Katila-Nurkka U, Lehtinen V, eds. *Mental health in Europe – New challenges, new opportunities. Report from a European conference, 9-11 October 2003, Bilbao, Spain*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 2004 (Themes from Finland series, No. 3).
3. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 2:279-293.
4. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27(4):861-873.
5. Knapp et al. The costs of anti-social behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 4(4):457-473.
6. *Atlas : ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_fre.pdf, consulté le 30 novembre 2005).
7. Réseau européen sur l'économie de la santé mentale [site Web]. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
8. WHO-CHOICE. CHOosing Interventions that are Cost Effective [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/evidence/cea>).
9. Chisholm D et al. Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:393-403.

Autre référence¹⁶

Projet Atlas. Base de données [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/).

¹⁶ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005, sauf si indiqué autrement.

18. L'information et la recherche sur la santé mentale

« Une bonne information est un préalable à toute bonne décision. »
– Programme d'action mondial sur la santé mentale (1)

Relever les défis

Les systèmes d'information

Les systèmes de surveillance sanitaire existants n'englobent pas vraiment la santé mentale. En effet, les données collectées par la plupart des systèmes d'information nationaux et internationaux portent principalement sur les pathologies. Pour se faire une idée bien précise de la santé mentale d'une population, il est aussi nécessaire de rassembler des données sur les déterminants sociaux, culturels, démographiques et économiques de la santé mentale, ainsi que sur les infrastructures et activités à la fois promotionnelles et préventives. Or, ces données ne sont que rarement disponibles. Il en est généralement de même pour les données relatives aux ressources de la santé mentale dans le secteur sanitaire comme dans d'autres secteurs.

Les mesures convenues par la communauté internationale (indicateurs de la santé mentale des populations) sont rarement adéquates ou disponibles. Elles ne sont pas adaptées non plus aux politiques. L'absence fréquente de données nécessaires sur les indicateurs de la santé mentale, ou le fait qu'elles ne permettent aucune comparaison entre les pays, voire au niveau national, constituent un défi majeur. D'importants efforts de coordination sont nécessaires pour harmoniser les indicateurs nationaux et internationaux existants.

Ce manque d'information et de coordination limite l'élaboration, l'adoption et le suivi de stratégies et d'interventions en santé mentale fondées sur des bases factuelles. Les données actuellement disponibles ne nous aident pas à la planification adéquate des politiques et des services œuvrant à la promotion, à la prévention de la santé mentale ainsi qu'au traitement et à la réadaptation des malades. Cette carence d'informations ne facilite guère la répartition des ressources en fonction des besoins et est à l'origine de disparités au niveau des services.

La recherche

En Europe, il n'existe actuellement aucune stratégie internationale en matière de recherche sur la santé mentale. L'adoption d'une politique commune est nécessaire pour gérer efficacement les ressources et soutenir la prise de décisions avisées et fondées sur des bases factuelles dans l'ensemble de la Région européenne. Cependant, la recherche doit être étroitement liée aux besoins des responsables politiques et des

professionnels de la santé. L'absence d'activités de recherche adaptées se traduit par l'adoption de politiques inefficaces.

La plupart des bases factuelles disponibles portent sur le traitement des troubles mentaux. Un registre international établi en Europe fait état de 19 000 études prospectives contrôlées sur les traitements des troubles mentaux (2). Cependant, la base de connaissances existante n'est pas toujours mise en pratique. Des interventions inefficaces et même dangereuses sont encore réalisées, alors que de nouveaux traitements s'inspirant des bases factuelles ne sont pas adoptés par les responsables politiques et les services de santé mentale.

Des études de suivi sur l'efficacité à long terme des traitements font généralement défaut. La majorité des études existantes sont en fait des essais exploratoires en milieu contrôlé, et ne peuvent donc être généralisées et appliquées en « conditions réelles ».

Il existe pourtant de nombreuses interventions politiques plausibles, susceptibles d'influer directement ou indirectement sur la santé mentale. Or, ces interventions ne semblent pas se fonder sur des bases factuelles particulièrement probantes. Il est nécessaire de mener des recherches sur les relations existant entre, d'une part, la santé mentale des populations et, d'autre part, les politiques sociales et économiques. L'analyse des politiques adoptées par les pouvoirs publics comme l'évaluation de leur impact sur la santé mentale font largement défaut (3).

On dispose cependant de bonnes bases factuelles indiquant l'efficacité de certaines interventions politiques et de certains services (tels que la désaliénation), mais pas dans d'autres domaines. Les bases factuelles sous-tendant un certain nombre de stratégies, de programmes et d'actions en santé mentale sont limitées à cause du manque de recherches évaluatives. Il existe très peu de données économiques primaires sur les coûts et les avantages relatifs des interventions visant à promouvoir la santé mentale, tout comme sur un grand nombre d'autres interventions de ce genre (4).

Malgré le développement rapide des efforts de recherche, les bases factuelles sur les activités de prévention sont encore limitées et doivent être élargies. Cependant, il existe suffisamment de preuves scientifiques pour soutenir les actions préventives entreprises à différents niveaux dans certains domaines, tels que la toxicomanie et le suicide, et destinées à plusieurs groupes cibles. Il n'existe pour ainsi dire aucune étude européenne visant à évaluer le rapport coût-efficacité des mesures préventives (5).

Trouver des solutions

Dans la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, les États membres de la Région européenne de l'OMS s'engagent à définir et à développer l'information et la recherche qui les aideront à planifier leurs politiques et leurs interventions.

La communauté scientifique européenne doit collaborer afin d'asseoir les fondations d'activités de santé mentale s'inspirant de bases factuelles. Parmi les priorités de la recherche, nous mentionnerons l'analyse des politiques de la santé mentale et de l'impact des autres politiques, l'évaluation des activités de promotion, le renforcement des bases factuelles à l'intention des programmes de prévention et l'encouragement de la recherche sur les aspects économiques de la santé mentale. Il est nécessaire de faciliter la collaboration et les partenariats entre les scientifiques, les responsables politiques et les professionnels de la santé afin de combler toute lacune de connaissances entre le monde de la recherche et la pratique médicale. Des partenariats durables devraient être établis en vue d'entreprendre et d'évaluer des interventions nouvelles ou existantes.

Il est utile d'initier des activités de recherche évaluative sur la promotion de la santé mentale afin de compléter les bases factuelles. Le nombre limité de données scientifiques dans ce domaine s'explique par les contraintes méthodologiques associées à ce genre de recherche. Des efforts devraient être mis en œuvre afin d'appliquer la recherche évaluative à tout changement politique susceptible d'influer sur la santé mentale (par exemple, les initiatives en matière de politique du logement et de l'emploi). Les études longitudinales par observation peuvent s'avérer utiles à cet égard : les données issues de la surveillance de la santé mentale peuvent en effet inspirer les responsables politiques. La recherche visant à évaluer les impacts sanitaires des politiques adoptées dans d'autres secteurs que celui de la santé doit être encouragée. Il est clair que ces politiques présentent également un potentiel de promotion de la santé mentale (3).

La recherche dans le domaine de la prévention doit être renforcée (5) et la collaboration doit être développée au niveau européen. Il peut notamment s'agir de l'établissement d'un réseau entre les centres collaborateurs européens de l'OMS et d'autres centres menant des activités de recherche dans le domaine de la prévention.

Le développement d'une base de connaissances multinationales et pluriculturelles en matière de prévention constitue l'une des priorités. Une attention particulière devrait être accordée à l'enrichissement des données relatives à la consistance et à la sensibilité culturelle des programmes et des politiques par le biais d'études multisites et répétées. Des études longitudinales sont nécessaires pour tester l'impact à long terme des interventions préventives précoces. Il faut mener des activités de recherche en vue de faciliter l'élaboration de programmes préventifs destinés aux populations à risque. Pareillement, les études doivent porter sur les effets des interactions existant entre les problèmes de santé mentale, physique et sociale en vue d'adopter des programmes et des politiques de prévention efficaces. Les chercheurs devraient s'efforcer de déterminer les signes avant-coureurs de ces effets (5).

Des données sur les rapports coût-avantages et coût-efficacité relatifs sont également nécessaires si l'on veut encourager les investissements dans la santé mentale. Il existe un certain nombre de données sur le rapport coût-efficacité des modèles de services et des traitements, mais les bases factuelles d'ordre économique sous-tendant les actions en matière de promotion et de prévention sont plus limitées. Parmi les principaux domaines économiques nécessitant à l'avenir des efforts de recherche, nous mentionnerons notamment l'analyse coût-efficacité des stratégies de promotion de la santé mentale dans toute une série de contextes, y compris les lieux de travail et les établissements scolaires. Ces études devraient notamment porter sur l'impact économique général du maintien d'une bonne santé mentale (par exemple, la productivité accrue de la main-d'œuvre), les avantages à long terme de l'obtention de meilleurs résultats scolaires, et l'évaluation des incidences de telles politiques sur les ressources de la santé et d'autres secteurs tels que les soins sociaux.

Comme certains problèmes concernent un pays ou un groupe de population particuliers, les nouvelles activités de recherche doivent parfois se pencher sur des questions bien spécifiques et évaluer les services aux niveaux local et national.

Les systèmes d'information

Les systèmes d'information doivent être élaborés de manière à fournir des données à la fois pertinentes et importantes sur la santé mentale. Les informations requises pour atteindre les objectifs nationaux et locaux doivent être identifiées et comparées aux données existantes. De nouveaux indicateurs de la santé mentale doivent être définis

pour l'information non encore disponible sur les déterminants et l'épidémiologie de la santé mentale, et pour la conception et la prestation de services. La priorité sera notamment accordée à l'élaboration d'indicateurs en vue de mesurer la bonne santé mentale et les déterminants. Des activités de recherche devraient être mises en œuvre afin de définir et de valider les indicateurs faisant défaut (6).

Deux types de données sont nécessaires pour surveiller la santé mentale : les statistiques régulièrement établies et les enquêtes sanitaires. Des efforts devraient être déployés pour englober les indicateurs de la santé mentale dans toutes les enquêtes sanitaires.

La collecte des données doit être normalisée dans la Région européenne afin de rendre l'information en matière de santé mentale plus comparable. Les parties prenantes et les organismes internationaux doivent s'accorder sur des normes qui tiennent compte des aspects culturels et économiques, mais peuvent être également appliquées à l'ensemble de la Région. La création d'un système régional de collecte et d'analyse de données comparables permettra la constitution d'informations de référence sur le plan international. L'examen approfondi d'indicateurs pertinents de la santé mentale (7) a permis de déterminer un ensemble de données minimales pour la Région européenne. Il importe que ces données soient collectées de manière répétée afin de contrôler les tendances et l'évolution de la situation.

Les bases de données européennes existantes sur les bonnes pratiques et les interventions en santé mentale doivent être tenues à jour et faire l'objet d'une diffusion efficace. Parmi ces bases de données, nous citerons le Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS (HEN) (8), le projet IMHPA pour la promotion et la prévention de la santé mentale (9), soutenu par la Commission européenne, et la base de données PsiTri portant sur des essais d'efficacité de traitements (10), mis à jour par le Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES). Le Réseau européen sur l'économie de la santé mentale (11) échange des informations et des bases factuelles sur le rapport coût-efficacité des stratégies et des interventions. Les maigres ressources peuvent être optimisées en trouvant et en utilisant, le cas échéant, des données internationales.

L'utilisation efficace et rationnelle des ressources devrait s'inspirer de principes directeurs fondés sur des bases factuelles afin d'améliorer la mise en œuvre et l'efficacité des programmes et politiques de prévention ainsi que les traitements. On veillera également à ne pas faire double emploi lors de la collecte et la diffusion de données factuelles (par exemple, la Cochrane Collaboration).

Des métadonnées complètes sur les infrastructures de santé mentale aux niveaux régional, national et européen, ainsi que des définitions des indicateurs de santé mentale, doivent être rassemblées et rendues faciles d'accès.

Un exemple

Le projet IMHPA, soutenu par la Commission européenne, constitue un excellent exemple d'initiative combinant la définition de priorités en matière de politique et la diffusion de connaissances fondées sur des bases factuelles (voir également page 50). Ce projet multinational, coordonné par l'Université de Nimègue aux Pays-Bas, assure actuellement l'élaboration d'un Plan d'action européen pour la prévention et la promotion de la santé mentale (12). Il compile en même temps, sur Internet, un registre d'interventions menées dans ce domaine et s'appuyant sur des bases factuelles. Les homologues nationaux de ce projet créent des coalitions au niveau national afin de soutenir la diffusion et la mise en œuvre des mesures de l'IMHPA dans les différents pays.

Références¹⁷

1. *Programme mondial d'action pour la santé mentale. Comblant le fossé et soigner*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/OMS_NMH_MSD_02.1.pdf, consulté le 19 octobre 2005).
2. Wahlbeck K. PsiTri – A trial registry for evidence-based mental health. *Dialogi*, 2004 (<http://www.stakes.fi/dialogi/english/2004/16.htm>).
3. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
4. Contributors to the Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration. *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda*. York, Centre for Reviews and Dissemination, 2000 (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm>).
5. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
6. Korkeila JJA. *Measuring aspects of mental health*. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 2000 (Thèmes 6/2000; <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/measuring%20aspects%20of%20mh.pdf>).
7. Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31:451-459 (<http://journals online.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1080/14034940210165208>).
8. Réseau des bases factuelles en santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/HEN>).
9. Implementing Mental Health Promotion Action network [site Web]. Nimègue, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).
10. PsiTri [base de données en ligne]. Helsinki, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES), 2005 (<http://psitri.stakes.fi>).
11. Réseau européen sur l'économie de la santé mentale [site Web]. Bruxelles, Santé mentale Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
12. *A policy for MHP and MDP*. Nimègue, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).

¹⁷ Tous les sites Web ont été consultés le 18 juillet 2005, sauf si indiqué autrement.

19. Les perspectives

Les défis ont été acceptés et les solutions ont été approuvées. Maintenant, le Programme de santé mentale du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe se doit d'aider les pays à mettre en œuvre la Déclaration et le Plan d'action, comme il a été demandé à la Conférence ministérielle d'Helsinki.

La Déclaration énonce d'ailleurs les priorités du programme pour la période 2005-2010. Toutes les activités entreprises par ce dernier dans la Région européenne viseront le respect et la promotion des valeurs d'égalité, d'équité et de solidarité, conformément à la Constitution de l'OMS et à sa politique de la Santé pour tous. Sur la base de ces valeurs, les pays s'efforceront :

- d'offrir à tous leurs citoyens des chances égales en termes de bien-être, d'information et de choix de services, d'accès à des soins de qualité et d'intégration sociale ;
- d'accorder une attention particulière aux personnes qui en ont le plus besoin, notamment les groupes à risque et les individus atteints de graves problèmes de santé mentale, et d'allouer des ressources en conséquence ;
- d'encourager les individus, les groupes et les pays à se soutenir mutuellement et à partager leurs connaissances, leurs compétences et leurs ressources.

Le programme de santé mentale s'inspirera de plusieurs principes dans la conduite de ses activités. Celles-ci devront en effet :

- être motivées par les besoins et le vécu des individus, des populations et de la société ;
- se fonder sur les meilleures bases factuelles, dont les évaluations scientifiques et les données d'expérience glanées au niveau local ;
- tenir compte des sensibilités culturelles locales et des ressources disponibles sur place, respecter la diversité.

Programme européen de santé mentale

Dans cette optique, le Programme de santé mentale mettra en œuvre des initiatives axées sur quatre objectifs fondamentaux et indicateurs connexes (tableau 19.1) reprenant les responsabilités adoptées par les États membres et le Bureau régional.

Partenariats

Ces quatre objectifs fondamentaux ont une très large portée et le niveau de compétences requis est par conséquent élevé. Afin d'exploiter les ressources disponibles avec un maximum d'efficacité et d'obtenir le plus grand impact possible, on encouragera l'établissement de partenariats entre les organisations et les individus les plus crédibles et les plus respectés de part et d'autre de la Région européenne. Le Bureau régional a

Tableau 19.1. Les quatre objectifs fondamentaux et les indicateurs y afférents

Objectifs	Indicateurs
Réduction de la stigmatisation, promotion du bien-être mental et prévention des problèmes de santé mentale	<p>Coordination, mise en œuvre et diffusion d'activités efficaces afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination de part et d'autre de la Région européenne</p> <p>Conception de programmes pour la promotion du bien-être mental à l'école et sur le lieu de travail, et diffusion et mise en œuvre de programmes modèles</p> <p>Étude des répercussions des politiques d'intérêt public sur la santé mentale dans les pays de la Région européenne</p> <p>Publication de bases factuelles sur les stratégies efficaces de prévention des problèmes de santé mentale et du suicide qui doivent être intégrées aux politiques nationales</p>
Mise en œuvre de politiques et dispensation de services par un personnel compétent	<p>Formulation de politiques sous-tendant la dispensation de services de proximité</p> <p>Création de services spécialisés s'occupant particulièrement des problèmes des jeunes et des personnes âgées ainsi que des questions relatives à l'un ou l'autre sexe</p> <p>Établissement de réseaux de services et de filières intégrant soins primaires et services sociaux</p> <p>Création de services qui stimulent la réadaptation sociale des individus au sein des groupes marginalisés et vulnérables</p> <p>Recensement de toute mesure décourageant la collaboration</p> <p>Soutien aux politiques qui stimulent la création de partenariats</p> <p>Analyse du statut paritaire de la santé mentale dans les systèmes sanitaires et dans le financement consenti dans l'ensemble de la Région</p> <p>Constitution d'un personnel de soins de santé mentale en nombre suffisant et doté des compétences nécessaires dans l'ensemble de la Région</p>
Production et diffusion d'informations et de recherches	<p>Ensemble d'indicateurs permettant de mesurer les déterminants et l'épidémiologie de la santé mentale et l'état d'avancement et de dispensation des services, élaborés par l'OMS en partenariat avec les États membres et les organisations partenaires</p> <p>Système efficace de diffusion de l'information</p>
Responsabilisation des patients et défense des droits de l'homme	<p>Abandon des traitements et des soins inhumains et dégradants et application de la législation relative aux droits de l'homme et à la santé mentale dans l'ensemble de la Région</p> <p>Hausse du niveau d'instruction des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et amélioration des perspectives d'emploi</p> <p>Augmentation du nombre d'ONG actives sur le plan local</p> <p>Représentation des patients et des aidants dans les entités responsables de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et du contrôle des activités de santé mentale</p>

demandé aux centres collaborateurs de l'OMS de se charger de la coordination de certains domaines d'activités. La participation des ONG s'effectuera dans leur domaine d'expérience et d'intérêt. La Commission européenne et le Conseil de l'Europe seront partenaires dans des activités d'intérêt commun. Les compétences et réseaux techniques du Siège de l'OMS seront également mis à profit.

États membres : mise en œuvre au niveau local

L'efficacité du Programme de santé mentale se mesure par son impact au niveau national. Les États membres doivent participer à l'ensemble des activités, de la planification à l'évaluation en passant par la phase de mise en œuvre, et s'en sentir responsables.

Le programme de santé mentale propose deux démarches. Dans la première, il sera demandé à chaque État membre de désigner un homologue national chargé d'identifier les principales personnes ou entités possédant les compétences nécessaires dans leur pays. L'OMS conviera les homologues à des réunions afin de définir les priorités, de présenter les résultats et de faire état de l'avancement des activités dans leur pays respectif. Selon le thème abordé, certaines de ces réunions porteront sur un ensemble précis d'États.

Dans la seconde démarche, le Programme de santé mentale informera les bureaux de pays de l'OMS dans la Région des progrès réalisés eu égard aux activités les concernant. Les chargés de liaison devront s'en référer à leurs réseaux locaux et s'enquérir des besoins en matière d'informations et de la faisabilité de la phase de mise en œuvre. Les programmes nationaux trouveront leur substance dans la Déclaration et le Plan d'action. L'avancement des activités sera déterminé par des objectifs préalablement fixés.

Siège de l'OMS

Le Siège de l'OMS constitue une source essentielle de recherches comparatives sur les politiques et les services en place dans les États membres. L'Organisation a élaboré des modules de bonne pratique dans toute une série de domaines importants et aidé les pays dans la formulation de leurs politiques, tout en faisant profiter de ses compétences en matière d'économie et de système sanitaires. Le Bureau régional s'engage à développer davantage son partenariat avec le Siège dans ces domaines, notamment en ce qui concerne le financement de projets conjoints et l'échange de personnel. Le Siège participera étroitement aux activités menées à maints niveaux, soit en assumant un rôle pilote, soit en contribuant auxdites activités. Finalement, on évitera tout chevauchement des efforts à cet égard et l'on veillera à respecter les critères d'efficacité.

Commission européenne et Conseil de l'Europe

La Conférence ministérielle a été organisée en partenariat avec la Commission européenne et le Conseil de l'Europe qui se sont tous deux engagés à mettre en œuvre les composantes de la Déclaration et du Plan d'action entrant dans leur sphère de compétence. Bon nombre des objectifs que se sont fixés ces organisations sont similaires à ceux de l'OMS. La Commission européenne joue en effet un rôle actif dans la promotion de la santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, dont le suicide, ainsi que dans la collecte et la diffusion d'informations à ce sujet. Le Conseil de l'Europe, quant à lui, contribue très largement au respect des droits de l'homme, à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et à la promotion

**Tableau 19.2. Domaines d'action (Déclaration et Plan d'action),
institutions coordinatrices et activités**

Domaines d'action	Institutions coordinatrices et activités	
1. Promouvoir le bien-être mental pour tous	Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)	
2. Faire comprendre le rôle essentiel de la santé mentale	Le Programme de santé mentale du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en partenariat avec les homologues nationaux : suivi	
3. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination	Office écossais de la santé (Royaume-Uni)	
4. Promouvoir les actions adaptées aux groupes d'âges vulnérables	Programme européen de santé mentale de l'OMS, avec le Siège de l'OMS : <ul style="list-style-type: none"> • élaborer des modules pour les jeunes et les personnes âgées pour diffusion aux États membres ; • encourager la création de services spécialisés 	
5. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide	Institut Karolinska (Suède)	
6. Garantir l'accès à des soins de santé primaires de qualité	Service de santé mentale de Trieste avec l'appui du gouvernement régional (Italie)	
7. Offrir des soins de qualité dans des services de proximité		Programme européen de santé mentale de l'OMS : diriger les activités dans chaque domaine
8. Établir des partenariats intersectoriels		OMS (Siège et Bureau régional de l'Europe) et bureaux de pays : gérer les politiques, la législation et la conception de systèmes de santé mentale
9. Déployer des effectifs suffisants et compétents	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en partenariat avec des agences de la Région, dont plusieurs ONG comme l'Association mondiale de psychiatrie et l'UE des médecins spécialistes	
10. Réunir des informations de qualité	Institut Trimbos (Pays-Bas) en partenariat avec le Bureau régional et le Siège de l'OMS (qui dirige plusieurs projets importants comme l'Instrument d'évaluation de l'OMS pour les systèmes de santé mentale (WHO-AIMS) et le projet Atlas)	
11. Assurer un financement équitable et suffisant	OMS (Siège et Bureau régional de l'Europe) : analyser l'allocation des ressources financières, l'équité et les abus dans les systèmes de la Région	
12. Évaluer l'efficacité des systèmes et produire de nouvelles données probantes	Institut Trimbos (Pays-Bas) au nom de l'OMS : organiser des séminaires et réunir des groupes d'experts et diffuser les résultats	

d'une législation favorable à la santé mentale. Les trois organisations ont des États membres en commun et ont exprimé le désir d'œuvrer en partenariat.

Le Bureau régional étudiera les possibilités d'élaborer des programmes conjointement avec ces organisations dans leurs domaines de compétences et de responsabilités respectif.

Centres collaborateurs et ONG

Les mesures à prendre dans les 12 domaines d'activités énoncés dans la Déclaration et le Plan d'action permettront d'atteindre les quatre objectifs fondamentaux. L'OMS et les pays concernés mèneront des actions dans chacun de ces domaines en partenariat avec les centres collaborateurs, les ONG ayant acquis de l'expérience à cet égard, ou des experts de la Région.

La responsabilité de coordonner et de gérer les activités menées dans certains domaines incombera à un centre collaborateur sous la supervision du Bureau régional. Pour chaque domaine d'activité, l'OMS et le centre conviendront d'un plan de collaboration s'inspirant du Plan d'action et mentionnant les objectifs, les ressources budgétaires, les cibles et les résultats visés. Les objectifs permettront de déterminer les actions à mettre en œuvre, dont les réunions et les publications.

Les centres collaborateurs responsables sont tous tenus de garantir des ressources suffisantes pour la coordination de leur programme. Le Bureau régional organisera des réunions mixtes deux fois l'an avec ces centres dans le but de coordonner les activités et de communiquer les principaux résultats de la recherche dans tout un ensemble de domaines. Une liste des domaines d'action, des institutions coordinatrices et de plusieurs activités convenues figure au tableau 19.2.

Il importe également de responsabiliser les patients (les utilisateurs des services) et leurs aidants. C'est pour cette raison que le Programme de santé mentale établit des partenariats avec les ONG concernées de la Région et ce, avec le soutien du Bureau régional et des bailleurs de fonds.

Conclusion

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a proposé un programme de mise en œuvre ambitieux susceptible d'induire des changements dans tous les domaines prioritaires repris dans la Déclaration. Il élaborera un modèle d'actions en santé mentale (couvrant notamment la promotion, la prévention, le traitement, les soins et la réinsertion sociale) fondé sur la qualité de la vie et le fonctionnement des populations, des groupes à risque et des individus atteints de problèmes de santé mentale.

L'impact de ce programme sera évalué et fera l'objet d'un rapport communiqué aux États membres vers 2010. La santé mentale est désormais la préoccupation de tout le monde dans la Région européenne de l'OMS, et le succès comme l'impact de la Déclaration et du Plan d'action incombent à chacun.

Annexe 1. Participants à la Conférence

Représentants des États membres

Albanie

Dr Leonard Solis
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Sokol Dedja
Secrétaire général, ministère de la Santé

Dr Petro Mersini
Chef de cabinet, ministère de la Santé

Mme Saemira Pino
Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Allemagne

Dr Klaus-Theo Schröder
Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr Anna Brockmann
Reform der Psychiatrie, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherung

Mme Beate Lisofsky
Pressebüro, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker

Dr Peter Pompe
Leiter des Referates Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu
den Botschaften Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr Thomas Stracke
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Mme Lilli Wilding
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Andorre

Mme Mònica Codina Tort
Ministre de la Santé et du Bien-être, ministère de la Santé et du Bien-être

Mme Conxita Heras Colell

Présidente, Association des familles de malades mentaux

Dr Joan Obiols Llandrich

Directeur des Services de santé mentale, Servei Andorrà d'Atenció Sanitària

Dr Angelina Santolaria Rossell

Chef du Secteur de la toxicomanie, Servei Andorrà d'Atenció Sanitària

Arménie

Dr Alexander Ghukasyan

Vice-ministre de la Santé, ministère arménien de la Santé

Dr Gagik Karapetyan

Directeur, Hôpital psychiatrique de Sevan

Dr Samvel Torosyan

Psychiatre en chef, ministère arménien de la Santé

Autriche

Mme Maria Rauch-Kallat

Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Mme Maria-Antonia Croy

Présidente, Association des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants

Dr Verena Gregorich-Schega

Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professeur Heinz Katschnig

Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät der Universität Wien

M. Florian Pressl

Kabinett von Frau Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professeur Werner Schöny

Pro Mente Österreich

Bélarus

Dr Liudmila Andreevna Postoyalko

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Alexander Konovalenko

Médecin en chef, Association de médecine clinique « Psychiatrie-narcologie » de Grodno

Dr Svetlana A. Moroz

Médecin en chef adjoint, Dispensaire psycho-neurologique pour enfants et adolescents de la ville de Minsk

Professeur Pavel Rynkov

Psychiatre en chef, ministère de la Santé

Belgique

M. Rudy Demotte

Ministre, Service public fédéral de la Santé publique

Mme Patricia Bernaert

Cabinet du ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Mme Annick Dedobbeleer

Cabinet du ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Dr Pol Gerits

Chef du Service des soins psychosociaux, Service public fédéral de la Santé publique

Mme Leen Meulenbergs

Coordination Relations internationales, Service public fédéral de la Santé publique

Professeur Isidore Pelc

Chef de service, Institut de psychiatrie et psychologie médicale

Bosnie-Herzégovine

Dr Marin Kvaternik

Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (Republika Srpska)

M. Tomo Lucic

Ministre de la Santé, ministère de la Santé (Fédération de Bosnie-Herzégovine)

M. Milos Candic

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (Republika Srpska)

Dr Goran Cerkez

Assistant pour les Relations internationales, ministère de la Santé (Fédération de Bosnie-Herzégovine)

Dr Milan Latinovic

Vice-ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (Republika Srpska)

Dr Joka Blagovcanin-Simic

Coordinatrice nationale pour la santé mentale, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (Republika Srpska)

Mme Halida Vejzagic

Représentante des ONG, Questions de santé mentale

Bulgarie

M. Slavcho Bogoev

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Hristo Hinkov

Expert en chef, Centre pour l'hygiène, Centre national de santé publique

Professeur Lubomir Ivanov

Directeur, Centre national de santé publique

Mme Valeria Ivanova

Chef de cabinet, cabinet du ministre, ministère de la Santé

Mme Shereen Mestan

Présidente, Agence de l'État pour la protection de l'enfant

Dr Petko Salchev

Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Galina Veshova

Directrice, Bureau régional de l'Initiative de Genève sur la psychiatrie

Chypre

M. Andreas Christou

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Evangelos Anastasiou

Hôpital psychiatrique d'Athalassa

Mme Elli Kanari-Morpaki

Fonctionnaire, ministère de la Santé

Mme Florentina Petridou

Conseillère scientifique, Groupe de défense des personnes souffrant de troubles mentaux

Croatie

Dr Velimir Bozikov

Secrétaire d'État, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Dr Marin Andrijasevic

Ambassadeur, Ambassade de la République de Croatie en Finlande

M. Claude Grbesa

Directeur, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Dr Neven Henigsberg

Service universitaire de psychiatrie

Mme Vlasta Hrabak Zerjavic

Superintendante médicale, directrice du Service des maladies chroniques

Danemark

Dr Jens Kristian Gøtrik

Directeur général et médecin conseiller technique, Conseil national de la santé (Sundhedsstyrelsen)

M. Frede Budolfson

SIND – Fédération danoise pour la santé mentale

M. Sven Erik Bukholt

Ministère de l'Intérieur et de la Santé

Dr Marianne Jespersen

Conseillère, Conseil national de la santé

Dr Dorte Sestoft
Présidente, Association danoise de psychiatrie, Service de psychiatrie, Hôpital de Frederiksberg

Espagne

Dr Fernando Lamata Cotanda
Secrétaire général de la santé, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. José Perez Lazaro
Directeur général adjoint aux Relations internationales, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Professeur Manuel Gómez Beneyto
Conseiller du ministre, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Dr Paloma Soria
Conseillère technique, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Estonie

M. Marko Pomerants
Ministre des Affaires sociales, ministère des Affaires sociales

Dr Külvar Mand
Vice-ministre des Affaires sociales, ministère des Affaires sociales

Dr Katrin Saluvere
Secrétaire générale adjointe pour la Politique de santé, ministère des Affaires sociales

Mme Merike Vedru
Membre du Conseil d'administration de l'Association estonienne des accompagnants de personnes souffrant de troubles mentaux

Ex-République yougoslave de Macédoine

Professeur Vladimir Dimov
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Snezana Cicevalieva
Directrice du Secteur de l'intégration européenne et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Gordana Majnova
Chef de cabinet du ministre, ministère de la Santé

Dr Vladimir Ortakov
Coordinateur national de projet pour le Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est, Projet de la santé mentale

Fédération de Russie

Professeur Boris A. Kazakovtsev

Psychiatre en chef, ministère de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie

Professeur Valery N. Krasnov

Directeur de l'Institut moscovite de recherche en psychiatrie

Dr N.B. Levina

Président du Conseil d'administration de « Nouvelles perspectives », ONG russe des utilisateurs de services de santé mentale et de leurs familles

Finlande

Mme Liisa Hyssälä

Ministre de la Santé et des Services sociaux, ministère des Affaires sociales et de la Santé (*Présidente*)

Dr Eero Lahtinen

Médecin en chef, Division de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

M. Sakari Lankinen

Conseiller ministériel, Division de la santé et de la médecine, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Professeur Jouko Lönnqvist

Service de santé mentale et de recherche sur l'alcoolisme, Institut national de santé publique

M. Tapani Melkas

Directeur général par intérim, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Markku Salo

Chercheur en chef, Association centrale finlandaise de santé mentale

Mme Terttu Savolainen

Secrétaire d'État, ministère de la Santé et des Services sociaux

Professeur Vappu Taipale

Directeur général, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES)

Professeur Harri Vainio

Directeur général, Institut finlandais de l'hygiène du travail

France

Dr Fabienne Deboux

Chef du Bureau de la santé mentale, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

Mme Evelyne Bonnafous

Adjointe au chef du Bureau des populations spécifiques à la direction de l'hospitalisation, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Professeur Viviane Kovess

Directrice, Fondation MGEN pour la Santé publique

M. Pierre Larcher
Chargé de mission, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Dr Alain Lefebvre
Conseiller pour les Affaires sociales et la Santé, Ambassade de France

Géorgie

Dr Vladimir Chipashvili
Ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

M. Koba Khabazi
Ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Dr Andro Kandelaki
Coordinateur national pour la santé mentale, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Mme Manana Sharashidze
Directrice exécutive de l'Association géorgienne pour la santé mentale

Grèce

Professeur Athanassios Constantopoulos
Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Dr Adamantios Avgoustidis
« Diakonia », Église de Grèce

Professeur George Christodoulou
Psychiatre, Association psychiatrique hellénique, Université d'Athènes

Mme Filomila Raidou
Directrice, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

M. Dimitrios Vartzopoulos
Président, 2^e Système régional de la santé et de la protection sociale (PESYD) de Macédoine centrale

Hongrie

Professeur Lázló Tringer
Directeur, Services psychiatriques, École de médecine Semmelweis

Irlande

Mme Bairbre Nic Aongusa
Services de santé mentale, ministère de la Santé et des Enfants

M. Brian Howard
Association irlandaise pour la santé mentale

Dr John Owens
Président de la Commission pour la santé mentale

M. John Saunders
Directeur, Schizophrenia Ireland

Islande

M. Jón Kristjánsson

Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Elín Ebba Ásmundsdóttir

Maître de conférences, Hôpital universitaire

M. Ingimar Einarsson

Directeur de la planification et du développement, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Guðrún Guðmundsdóttir

Chef de projet, Institut de la santé publique

M. Sigurdur Guðmundsson

Médecin conseiller technique, Direction de la Santé

M. Sigursteinn Másson

Président, Gedhjálp

M. Thor Thorarínsson

Directeur, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Israël

Mme Alla Gershenson

Conseillère du ministre, ministère de la Santé, et spécialiste en chef pour la psychiatrie, ministère de la Santé

Dr Alexander Grinshpoon

Directeur par intérim des Services de santé mentale, ministère de la Santé

Professeur Avi Israeli

Directeur général, ministère de la Santé

Italie

Professeur Antonio Guidi

Vice-secrétaire d'État pour la Santé, ministère de la Santé

Dr Maria Stella Aloisi

Psychologue, ministère de la Santé

Dr Renata Bastiani

Coordinatrice scientifique à la Commission des femmes, ministère de la Santé

Dr Teresa Di Fiandra

Coordinatrice scientifique à la Commission de la santé mentale, ministère de la Santé

Professeur Fabrizio Starace

Coordinateur scientifique à la Commission de la santé mentale, ministère de la Santé

Kazakhstan

Professeur Aikan Akanov

Premier vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

M. Nickolay Negay

Chef de service au Centre de recherche républicain pour la psychiatrie, la psychothérapie et la narcologie, ministère de la Santé

Mme Saltanat A. Nurmagambetova

Chef du Service de psychiatrie, narcologie et psychothérapie, Université nationale kazakhe de médecine

Kirghizistan

Professeur Mitalip Mamytovich Mamytov

Ministre de la Santé, ministère kirghize de la Santé

Dr Toktogazy Kutukeev

Chef de service de l'Organisation de l'assistance médicale et de l'homologation, ministère kirghize de la Santé

Dr Suiutbek Nazarkulov

Directeur général, Centre républicain de santé mentale

Lettonie

M. Rinalds Mucins

Vice-secrétaire d'État, ministère letton de la Santé

Mme Ieva Leimane-Veldmeijere

Directrice du Programme de défense des intérêts des personnes atteintes de handicaps mentaux

Dr Daina Murmane-Umbrasko

Directrice adjointe au Département de la Santé publique, ministère letton de la Santé

Dr Maris Taube

Spécialiste en chef, Centre de psychiatrie

Lituanie

Professeur Zilvinas Padaiga

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Ona Davidoniene

Directrice, Centre de l'État pour la santé mentale

Mme Danute Kasubiene

Présidente de la Société lituanienne pour le bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux

M. Viktoras Meizis

Ministère de la Santé

Mme Anzela Slusniene

Fonctionnaire en chef de la Division de la santé individuelle, ministère de la Santé

Luxembourg

M. Mars di Bartolomeo
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Yolande Wagener
Médecin-chef de service, Division de la médecine préventive, Direction de la santé

Malte

Dr Louis Deguara
Ministre de la Santé, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

M. Louis Bonnici
Président du Conseil d'administration de l'Hôpital Mount Carmel

M. Saviour Gambin
Assistant personnel du ministre, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Dr Ray Xerri
Directeur, Politique et planification, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Monaco

M. Peter Furstenborg
Consul général de Monaco, gouvernement de Son Altesse Sérénissime le Prince de Monaco

Norvège

M. Jan Otto Risebrobakken
Secrétaire d'État, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr John Glad
Conseiller médical en chef, Direction des affaires sociales et de la santé

M. Erling Jahn
Directeur, Santé mentale de Norvège

Mme Bjørg Njaa
Directrice de l'Association nationale norvégienne des familles de personnes souffrant de troubles mentaux

M. Thor Rogan
Directeur général adjoint du Département des services de la santé, ministère de la Santé et des Services de soins

Dr Torleif Ruud
Directeur de la recherche à l'Institut SINTEF pour la recherche sur la santé

Ouzbékistan

Professeur A.M. Khadzhibaev
Vice-ministre, ministère de la Santé

Dr Farukhtdin B. Abdulkasimov
Hôpital républicain de psychiatrie clinique, ministère de la Santé

Dr Vasila S. Alimova
Spécialiste des Services curatifs et préventifs, ministère de la Santé

Dr Nargiza Khodjaeva
Spécialiste en chef pour la psychiatrie, ministère de la Santé

Pays-Bas

Mme Annemiek van Bolhuis
Directrice, Affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Frans Clabbers
Conseiller principal, Affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Paul Groenewegen
Conseiller principal, Affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Clemens Huitink
Bureau des politiques, Affaires internationales, Association néerlandaise pour la santé mentale

Professeur A.J.F.M. Kerkhof
Service de psychologie clinique de l'Université libre d'Amsterdam

Dr Milou Leunissen
Centre de recherche pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, Département de psychologie clinique, Université Radboud de Nimègue

Dr Franz Trautmann
Directeur de la Division des affaires internationales, Institut Trimbos

Professeur J.A. Walburg
Directeur général de l'Institut Trimbos

Pologne

M. Pawel Sztwiertnia
Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Dr Jan Czeslaw Czabala
Directeur adjoint pour la recherche à l'Institut de psychiatrie et de neurologie, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et formation en santé mentale

Dr Wojciech Klosinski
Directeur de la Section de psychiatrie et de neurologie, Département de la santé publique, ministère de la Santé

Professeur Irena Namyslowska
Directrice du Service de psychiatrie infantile et juvénile de l'Institut de psychiatrie et de neurologie

Portugal

Dr Maria João Heitor dos Santos

Direction du Service de psychiatrie et de santé mentale, Direction générale de la Santé

Professeur José Pereira-Miguel

Directeur général et Haut-commissaire à la santé, ministère de la Santé

Dr António Mocho

Conseiller du ministre, ministère de la Santé

Dr Fernando G.P. Soares

Chef de cabinet, cabinet du ministre, ministère de la Santé

République de Moldova

Dr Andrei Gherman

Ministre de la Santé, ministère de la Santé et de la Protection sociale

Dr Iuliana Samburschi

Conseillère en chef au Département des relations internationales, ministère de la Santé et de la Protection sociale

République tchèque

Dr Milada Emmerova

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Miroslava Ourednikova

Vice-ministre, ministère de la Santé

Mme Sabina Pope

Interprète, ministère de la Santé

M. Radovan Urban Kocak

Directeur adjoint au cabinet du ministre, ministère de la Santé

Roumanie

Professeur Mircea Cinteza

Ministre de la Santé, ministère roumain de la Santé

Professeur Petre Boisteanu

Président de la Commission d'assistance pour la santé mentale et la psychiatrie, ministère roumain de la Santé

Dr Ioan Buraga

Directeur général, Direction générale de l'assistance médicale, ministère roumain de la Santé

Dr Dana Farcasanu

Conseillère du ministre de la Santé, ministère roumain de la Santé

M. Liviu Jicman

Secrétaire de cabinet, cabinet du ministre

Professeur Tudor Udristoiu

Président de l'Association roumaine de psychiatrie

Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord

Mme Rosie Winterton

Ministre d'État à la Santé, ministère de la Santé

M. Craig Alexander

Secrétaire particulier de Mme Brankin, exécutif écossais

Mme Rhona Brankin

Ministre adjointe de la Santé et des Soins de proximité, exécutif écossaise

Mme Anne Clarke

Directrice du Projet national de santé mentale infantile et juvénile au Centre pour la santé de la population de Glasgow

Mme Caroline Farquhar

Directrice de la mise en œuvre, « Choose Life »

M. Gregor Henderson

Directeur de la Division de santé mentale, National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing (Programme national pour l'amélioration de la santé mentale et du bien-être)

Dr Nicola Hilton

Secrétaire privée de Mme Winterton, ministère de la Santé

M. Anthony Kingham

Directeur de la Division internationale, Global Health Team (équipe de la santé mondiale), ministère de la Santé

Mme Anne Richardson

Directrice du Programme de santé mentale

Saint-Marin

Dr Sebastiano Bastianelli

Service de neuropsychiatrie de l'Hôpital d'État

Serbie-et-Monténégro

Professeur Tomica Milosavljevic

Ministre serbe de la Santé, ministère serbe de la Santé

Professeur Miodrag Pavlicic

Ministre de la Santé du Monténégro, ministère de la Santé du Monténégro

Professeur Dusica Lecic Tosevski

Directrice de l'Institut de la santé mentale

Dr Mirko Pekovic

Directeur de la Clinique de santé mentale, Centre clinique du Monténégro

Slovaquie

Dr Ján Gajdos

Secrétaire d'État, ministère de la Santé

Dr Marcela Barova

« Ouvrez les portes – ouvrez vos cœurs »

Dr Peter Breier

Directeur du Service de psychiatrie de l'Hôpital général Ruzinov

Mme Klara Frečerova

Directrice du Service des relations internationales, ministère de la Santé

Slovénie

M. Andrej Bručan

Ministre de la Santé, ministère slovène de la Santé

Dr Lidija Kristancic

Conseillère au ministère slovène de la Santé

Dr Andrej Marusic

Directeur de l'Institut de la santé publique de la République de Slovénie

Dr Vesna-Kerstin Petric

Sous-secrétaire au ministère slovène de la Santé

Suède

M. Morgan Johansson

Ministre de la Santé publique et des Services sociaux, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Carl Älfvag

Chef de délégation adjoint, directeur, président de la Commission des hauts représentants du partenariat de la Dimension septentrionale de la santé publique et de la sécurité sociale, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Jan-Olof Forsén

Président de l'Association nationale suédoise pour la santé sociale et mentale

M. Bengt Linder

Conseiller principal à la Fédération des conseils de comté suédois

M. Anders Milton

Coordination des Services nationaux de psychiatrie

M. Bengt Rönngren

Fonctionnaire à la Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Stefan Sjöquist

Conseiller politique, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Daniel Zetterberg

Fonctionnaire, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Suisse

Mme Landamman Alice Scherrer-Baumann

Déléguée de la Suisse pour les affaires extérieures, directrice de la Santé publique – conférences, direction de la santé publique du canton d'Appenzell

Mme Stéphanie Zobrist

Chef de section adjointe à la Division des affaires internationales de l'Office fédéral suisse de la santé publique

Dr Regula Ricka-Heidelberger
Division nationale de la politique de santé, Office fédéral de la santé publique

Dr Herbert Heise
Directeur adjoint des Services psychiatriques universitaires

M. Jürg Gassmann
Secrétaire central de Pro Mente Sana

Tadjikistan

Dr Khurshed Kunguratov
Médecin en chef de l'Hôpital psychiatrique républicain N1, ministère tadjik de la Santé

Turkménistan

Dr Byashim Sopyev
Ministre adjoint de la Santé, ministère turkmène de la Santé et du Secteur médical

Dr Jumageldy Meredov
Médecin en chef au Centre de prophylaxie des toxicomanies, de l'alcoolisme et des maladies mentales de la ville d'Ashgabat

Turquie

Professeur Necdet Ünüvar
Sous-secrétaire, ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydin
Directrice adjointe au Département des relations extérieures, ministère de la Santé

Dr Oguz Karamustafalioglu
Directeur de la Clinique de santé mentale et des maladies mentales de l'Hôpital Sisi Etfal d'Istanbul

Professeur Rüstem Askin
Service de psychiatrie de l'Université Selcuk

Professeur Can Cimilli
Secrétaire aux affaires étrangères du Conseil administratif central de l'Association de psychiatrie de Turquie, Département de psychiatrie, Université Eylül

Professeur Bülent Coskun
Directeur du Centre communautaire de recherche et de formation en santé mentale, membre de la faculté de psychiatrie à l'École médicale de l'Université Kocaeli

Ukraine

Professeur Andriy Pidayev
Ministre de la Santé, ministère ukrainien de la Santé

Dr Valentyna Dombrovska
Spécialiste en chef des Soins de santé mentale, ministère ukrainien de la Santé

Dr Raisa Kravchenko

Directrice exécutive de la Coalition ukrainienne des organismes publics pour la protection des droits des personnes handicapées et souffrant de troubles mentaux

Dr Borys Mykhaylov

Chef de la Division de psychothérapie, ministère ukrainien de la Santé

Professeur Alexandr Napriyenko

Psychiatre en chef, ministère ukrainien de la Santé

Professeur Stanislav Tabachnikov

Directeur de l'Institut ukrainien de recherche sur la psychiatrie sociale et médicolégal et sur la narcologie

Mme Zhanna Tsenilova

Chef du Département des relations extérieures, ministère ukrainien de la Santé

Représentants d'organismes intergouvernementaux

Conseil de l'Europe

M. Alexander Vladychenko

Directeur général par intérim, Affaires sociales et santé, Direction générale de la cohésion sociale

Mme Vera Boltho

Directrice du Service de la santé et de l'accord partiel dans le domaine social et de la santé publique, Direction générale de la cohésion sociale

M. Piotr Mierzewski

Administrateur de la Direction générale de la cohésion sociale

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

M. Paul Flynn

Membre du Parlement (Royaume-Uni)

M. Andrea Rigoni

Sénateur (Italie)

Commission européenne

M. Markos Kyprianou

Commissaire européen à la santé et à la protection des consommateurs

M. Jean-Bernard Blatrier

Primo-Somadec (Belgique), Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, Unité C2 « Information sur la santé »

M. Erdem Erginel

Membre du cabinet du Commissaire Kyprianou

Mme Marjatta Hautala

Chargée des relations avec la presse, Représentation de la Commission européenne en Finlande

M. Rejo Kemppinen

Chef de la Représentation de la Commission européenne en Finlande

- M. Robert Madelin
Directeur général chargé de la santé et de la protection des consommateurs
- M. A. Saturno Mallia
Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, Unité C2
« Information sur la santé »
- M. Kevin McCarthy
Direction générale de la recherche, Secteur de la santé publique
- M. Jürgen Scheftlein
Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, Unité C2
« Information sur la santé »
- M. Philippe Todd
Porte-parole (pour le Commissaire Kyprianou)

Représentants d'ONG dans leurs relations officielles avec l'OMS

Association mondiale de psychiatrie

Professeur John Cox
Secrétaire général

Association mondiale pour la réadaptation psychosociale

Professeur Edvard Hauff
Vice-président pour l'Europe

Fédération mondiale des ergothérapeutes

Professeur E. Sharon Brintnell
Département d'ergothérapie, Faculté de médecine de réadaptation, Université
d'Alberta (Canada)

Mme Julie Piergrossi

Fédération mondiale pour la santé mentale

Mme Pirkko Lahti
Directrice de l'Association finlandaise pour la santé mentale (Finlande)

Mme Mary van Dievel
Directrice de Santé mentale Europe

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Association internationale pour la psychiatrie infantile et juvénile et les professions connexes)

Professeur Per-Anders Rydelius
Secrétaire général

Représentants d'autres organisations non gouvernementales

Amnesty International

M. Ivan Fiser
Recherche, Programme régional pour l'Europe, secrétariat international,
Amnesty International

Association européenne de psychiatrie

Professeur Mario Maj
Président

Association mondiale pour la santé mentale du nourrisson

Professeur Tuula Tamminen
Présidente

Council of Occupational Therapists for European Countries (Conseil des ergothérapeutes pour les pays européens)

Mme Maria Skouroliakos
Présidente

European Federation of Psychiatric Trainees (Fédération européenne des médecins en formation en psychiatrie)

Dr Defne Eraslan

Fédération européenne des associations de familles des personnes souffrant de maladies mentales

Mme Begoña Ariño Jackson

Mme Janet McCrae
Vice-Présidente

Mme Inger Nilsson
Présidente

Fédération européenne des associations de psychologues

Mme Vesa Nevalainen

Directrice, Affaires professionnelles, Association finlandaise des psychologues

Fédération internationale des travailleurs sociaux

Mme Maaria Numminen

Forum européen des associations nationales d'infirmières/sages-femmes et OMS

Mme Lis Wagner

Directrice et consultante temporaire pour l'infirmier et l'obstétrique, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Hamlet Centre Trust

Mme Jane Shears

Mental Disability Advocacy Centre

Mme Diana Hoover
Directrice générale

M. Oliver Lewis

Open Society Mental Health Initiative

Mme Judith Klein

Directrice

Mme Camilla Parker

Conseillère pour les aspects juridiques et la politique générale, Open Society Institute

Organisation des infirmiers danois

Mme Merete Thorsén

Présidente

Réseau européen des (ex)-usagers et survivants de la psychiatrie

Mme Wilma Boevink

Institut Trimbos (Pays-Bas)

M. Olli Stalström

Santé mentale Europe

M. Claude Deutsch

Président

Dr Mojca Z. Dernovsek

Professeur adjoint, Hôpital psychiatrique de l'Université de Ljubljana (Slovénie)

Mme Mary van Dievel

Directrice

The Mental Health Foundation

M. Andrew McCulloch

Administrateur général

The Sainsbury Centre for Mental Health

Mme Angela Greatley

Directrice générale par intérim

Union européenne des médecins spécialistes

Dr R.J.A. ten Doesschate

Trésorier, Division « Psychiatrie »

Dr Anne Lindhardt

Présidente

Conseillers temporaires

Professeur Alan Apter

Directeur du Service de psychiatrie du Schneiders Children's Medical Centre (Israël)

Dr Diana Brahims Muço

Directrice de l'Hôpital psychiatrique de Valona (Albanie)

Professeur Athanassios Constantopoulos

Directeur du Centre de santé mentale de l'Hôpital régional général d'Athènes (Grèce)

- Professeur Thomas Cox
Directeur, Hygiène du travail, Institute of Work, Health and Organisations,
Université de Nottingham (Royaume-Uni)
- Dr Michael von Cranach
Directeur médical du Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren (Allemagne)
- M. Nicolas Daumerie
Centre médico-psychologique, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche
et la formation en santé mentale, Faches-Thumesnil (France)
- Dr Giuseppe Dell'Acqua
Directeur du Département de santé mentale (Italie)
- Mme Linda Dunion
Directrice de la campagne « See Me Scotland » (Royaume-Uni)
- Mme Helja Eomois
Spécialiste en chef de la Santé publique, ministère estonien de la Santé
- M. Bjørn Erikson
Hygiéniste du travail à la Confédération syndicale norvégienne (Norvège)
- Professeur Berthold P.R. Gersons
Centre psychiatrique (Pays-Bas)
- M. Gabor Gombos
Coordinateur des actions de sensibilisation, Réseau européen des (ex)-usagers et
survivants de la psychiatrie (Hongrie)
- Professeur Ulrich Hegerl
Clinique et policlinique de psychiatrie et de psychothérapie, Clinique de
l'Université de Munich (Allemagne)
- Dr Riitta-Liisa Heikkinen
Spécialiste principale de la recherche, chargée de cours au Centre finlandais de
gériatrie interdisciplinaire de l'Université de Jyväskylä (Finlande)
- Dr John H. Henderson
Conseiller principal pour la politique générale, Santé mentale Europe (Royaume-
Uni)
- Professeur Marija Holmila
Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé
(STAKES) (Finlande)
- Professeur David Hunter
Politique et gestion sanitaire, Institut de recherche Wolfson, Université de
Durham (Royaume-Uni) (*Rapporteur*)
- Dr Ainagul Isakova
Directrice de l'Association des praticiens de la cellule familiale (Kirghizistan)
- Dr Eva Jané-Llopis
Directrice du Service scientifique et de politique générale, Centre de recherche
sur la prévention, Université de Nîmègue (Pays-Bas)

- M. John Brian Jenkins
Conseiller pour la santé mentale, Institut national en santé mentale (Royaume-Uni)
- Professeur Matti Joukamaa
Professeur de psychiatrie sociale, Institut de médecine (Finlande)
- Dr Marianne C. Kastrup
Médecin en chef, Rigshospitalet (Danemark)
- Dr Reinhold Killian
Abteilung Psychiatrie II, Am Bezirkskrankenhaus Gunzburg (Allemagne)
- Professeur Martin Knapp
Directeur, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science (Royaume-Uni)
- Dr Juha Lavikainen
Chef de projet, Services sanitaires et sociaux, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Dr Stavroula Leka
Maître de conférences sur l'hygiène du travail, Institute of Work, Health and Organisations, Université de Nottingham (Royaume-Uni)
- M. Gagik Makaryan
Directeur général, UMBA and HAI CONSULT Consulting Fund (Arménie)
- M. David McDaid
Chercheur, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science (Royaume-Uni)
- Dr Roberto Mezzina
Chef de secteur, Centre pour la santé mentale (Italie)
- Dr Aleksandra Milicevic Kalasic
Institut de gérontologie et de soins à domicile (Serbie-et-Monténégro)
- Professeur Maurice B. Mittelmark
Professeur de promotion de la santé, Centre de recherche pour la promotion de la santé, Université de Bergen, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur la promotion de la santé et l'éducation sanitaire (Norvège)
- Mme Melita Murko
Assistante du chef régional de projet, Bureau régional de projet, Projet de santé mentale pour l'Europe du Sud-Est (Bosnie-Herzégovine)
- Dr Petr Nawka
Président de l'Association pour la santé mentale et chef du Programme pilote de services de proximité en santé mentale, Hôpital psychiatrique Michalovce (Slovaquie)
- Dr Alexander V. Nemtsov
Directeur du Service d'informatique et de recherche sur les systèmes, Institut moscovite de recherche en psychiatrie, ministère russe de la Santé (Fédération de Russie)

- Mme Mary Nettle
Réseau européen des (ex)-usagers et survivants de la psychiatrie (Royaume-Uni)
- Mme Margareta Nilson
Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (Portugal)
- M. Tim Pfeiffer-Gerschel
Clinique et policlinique de psychiatrie et de psychothérapie, clinique de l'Université de Munich (Allemagne)
- Professeur Dainius Puras
Directeur et professeur agrégé au Centre de psychiatrie infantile et de pédiatrie sociale, Université de Vilnius (Lituanie)
- Mme Vesna Puratic
Chef régional du Projet de santé mentale pour l'Europe du Sud-Est (Bosnie-Herzégovine)
- Professeur Jorma H. Rantanen
Président de l'Institut finlandais d'hygiène du travail (Finlande)
- Dr Mario Reali
Directeur du District sanitaire (Italie)
- Professeur Henk Rigter
(Pays-Bas)
- Dr Jean-Luc Roelandt
Centre médico-psychologique, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et formation en santé mentale (France)
- Dr Robin G.W. Room
Centre de recherche sociale sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Université de Stockholm (Suède)
- Professeur Michael L. Rutter
Département de psychiatrie infantile et juvénile, Institut de psychiatrie (Royaume-Uni)
- Professeur Wolfgang Rutz
Chef du Service de psychiatrie, Hôpital universitaire (Suède)
- Professeur Armin Schmidtke
Service de psychologie clinique, Clinique de psychiatrie et de psychothérapie (Allemagne)
- Professeur Paul Schnabel
Directeur du Bureau néerlandais de planification sociale et culturelle
- Dr Tytti Solantaus
Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Professeur Tores Theorell
Directeur de l'Institut de médecine psychosociale (Suède)
- Professeur Graham Thornicroft
Directeur du Département de recherche sur les services de santé, Section de psychiatrie de secteur, Institut de psychiatrie (Royaume-Uni)

Dr Toma Tomov
Chef du Service de psychiatrie de l'Hôpital Alexandrovska, Académie médicale de Sofia (Bulgarie)

Professeur Richard Velleman
Directeur de la Division de recherche et de développement en santé mentale, Université de Bath (Royaume-Uni)

M. Robert van Voren
Secrétaire général de l'Initiative de Genève sur la psychiatrie (Pays-Bas)

Professeur Airi Värnik
Institut suédo-estonien de suicidologie (Estonie)

Dr Mladenka Vrcic-Keglevic
Directrice de l'École de santé publique Andrija Stampar, Université de Zagreb, Centre collaborateur de l'OMS pour les soins de santé primaires (Croatie)

Professeur Danuta Wasserman
Centre national de recherche sur le suicide et de la prévention des troubles mentaux (Suède)

Professeur Katherine Weare
School of Education, Université de Southampton (Royaume-Uni)

Professeur Lilia E. Zikanshina
Directrice du Service de pharmacologie et de pharmacothérapie cliniques (Fédération de Russie)

Observateurs

Mme Vuokko Ahti
Directrice de l'Association des usagers de services de santé mentale (HELMI) (Finlande)

Mme Kristina Aminoff
Directrice de l'Association nationale des familles « Promouvoir la santé mentale » (Finlande)

M. Chris Bale
Directeur de « Partnership for Children » (Royaume-Uni)

Professeur Franz Baro
Centre interuniversitaire belge de recherche et d'action, « Santé et facteurs psychosociaux et psychobiologiques », Centre collaborateur de l'OMS de recherche et de formation dans le domaine des facteurs psychosociaux et psychobiologiques (Belgique)

Mme Cajsa Björkman
Secrétaire de projet à l'Association centrale nationale psychosociale finlandaise de langue suédoise

M. Per Bøge
Chef de projet chez Omsorg et conseiller pédagogique à la Société danoise contre le cancer (Danemark)

- Mme Maria Grazia Cogliati
(Italie)
- M. Bob Cools
Conseiller au cabinet du ministère flamand (Belgique)
- Mme Claire Curran
Chercheuse, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science (Royaume-Uni)
- M. Jan van Dessel
Ambassade de Belgique (Finlande)
- M. Jes Dige
Ligue danoise contre le cancer (Danemark)
- M. Jonathan Gordon
Exécutif écossais (Royaume-Uni)
- Mme Anne-Marie Grouev
Chef de projet, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Mme Martine van Hecke
Ministère flamand de la santé (Belgique)
- Mme Emma Hogg
Conseillère en santé publique (Amélioration de la santé mentale) au Service national de la santé pour l'Écosse (Royaume-Uni)
- M. Jeff Huggins
Chef de la Division de santé mentale, Direction de la politique générale et de l'organisation des services, exécutif écossais (Royaume-Uni)
- Mme Seija Järvinen
Présidente du conseil d'administration, Conseillère aux affaires sociales (Finlande)
- Dr Jorma O. Järvisalo
Professeur en recherche et directeur adjoint de la Politique sanitaire et du développement international à l'Institution finlandaise d'assurance sociale
- Mme Pirkko Karjalainen
Directrice générale de l'Union centrale pour le bien-être des personnes âgées (Finlande)
- Mme Hilka Kärkkäinen
Vice-présidente de GAMIAN-Europe (Finlande)
- Mme Outi Karvonen
Chef de projet, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Mme Tuula Kauppinen
Directrice pour les soins infirmiers (Finlande)
- Mme Taru Koivisto
Haute fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)

- Mme Anne Koskela
Haute fonctionnaire pour les questions juridiques, ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
- Mme Katrin Lange
UNOPS/PASARP-Vlore (Albanie)
- Professeur Ville Lehtinen
(Finlande)
- Dr Kari Lindström
Directeur de l'Institut d'hygiène du travail (Finlande)
- Mme Tessa Lush
Bristol-Myers Squibb Corporate Affairs (Royaume-Uni)
- M. Martti Mäki
Directeur général (Finlande)
- Dr Simo Mannila
Conseiller principal, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Mme Taina Mäntyranta
Directrice du Centre ROHTO pour le développement de la pharmacothérapie (Finlande)
- Dr Ernesto Muggia
Président de l'Association nationale pour la santé mentale (Italie)
- Mme Liisa Ollila
Conseillère ministérielle pour les Affaires internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
- Mme Marja-Liisa Partanen
Directrice générale adjointe du Département de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
- Mme Helena Partinen
Directrice générale de Nyytiry (Finlande)
- Mme Elena Georgina Pascu
Directrice de programme, Plaidoyer pour la dignité, Centre de ressources juridiques (Roumanie)
- Dr Marjaana Pelkonen
Haut fonctionnaire, ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
- M. Teuvo Peltoniemi
Directeur de l'information, Fondation A-clinique de Helsinki (Finlande)
- Mme Tarja Reponen
Directrice, ministère des Affaires étrangères (Finlande)
- Mme Susanna Rix
Directrice régionale/directrice de programme par intérim, Institut national pour la santé mentale en Angleterre (NIMHE Eastern) (Royaume-Uni)
- Dr Pietro Roselli
Directeur de l'Institut italien de la culture (Finlande)

- M. Pilar Saiz
Université d'Oveido (Espagne)
- Dr Mike Shooter
Président du Collège royal des psychiatres (Royaume-Uni)
- M. Giorgio Tabori
Ambassade d'Italie en Finlande
- Mme Hannele Tanhua
Haut fonctionnaire, ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
- M. Skerdilajd Truja
UNOPS/PASARP-Vlore (Albanie)
- Mme Ritva Varamäki
Directrice du développement au Centre pour la promotion de la santé (Finlande)
- Mme Liliana Verdha
Consule honoraire d'Albanie en Finlande
- Dr Kristian Wahlbeck
Professeur en recherche dans le domaine de la santé mentale, Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES) (Finlande)
- Mme Kirsten Zenzinger
Centre interuniversitaire belge de recherche et d'action, « Santé et facteurs psychosociaux et psychobiologiques », Centre collaborateur de l'OMS de recherche et de formation dans le domaine des facteurs psychosociaux et psychobiologiques (Belgique)
- Professeur Lilia Eugenevna Ziganshina
Pharmacologie clinique, Académie médicale de l'État de Kazan (Fédération de Russie)

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

- M. Dmitry Konstantinovich Botcheliouk
Traducteur/réviseur (R), Unité linguistique
- Dr Yves Charpak
Conseiller (Politique de la santé), représentation du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe auprès de l'UE
- M. Oluf Christoffersen
Superviseur, Service impression et conférences
- Dr Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe
- M. Sasa Delic
Assistant, Service impression et conférences
- Dr Anca Dumitrescu
Directrice, Division de l'information, du rassemblement de données et de la communication

- Dr Leena Eklund
Conseillère technique, Réseau des bases factuelles en santé
- Dr Jill Farrington
Coordinatrice, Maladies non transmissibles
- M. Frank George
Conseiller régional, Coopération extérieure et partenariats
- Dr Maria Haralanova
Chef de projet, Soutien stratégique aux pays
- Mme Birgit Heesemann-Nielsen
Assistante à la documentation (All.), Unité linguistique
- Mme Svenja Herrmann
Administratrice adjointe, Coopération extérieure et partenariats
- Dr Ivan Dimov Ivanov
Conseiller technique, Hygiène du travail
- Dr Kees de Joncheere
Conseiller régional, Technologies de santé et médicaments
- M. Bent Jørgensen
Responsable des équipements de bureau, Service impression et conférences
- Mme Johanna Kehler
Assistante de programme, Santé mentale
- Mme Tina Kiaer
Chargée de la communication pour les conférences, Santé mentale
- Dr Simo Kokko
Coordinateur de la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale,
Programme de la santé mentale
- M. Bruce Leech
Services administratifs, Responsable fournitures et conférences, Administration,
fournitures et conférences
- Dr Guðjón Magnússon
Directeur, Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité
- Dr Nata Menabde
Directrice, Division du soutien aux pays
- Mme Kay Miller
Assistante à la documentation (Ang.), Unité linguistique
- Dr Matthijs Muijen
Conseiller régional par intérim pour la santé mentale (*Secrétaire*)
- Mme Anna Müller
Assistante de programme, Santé mentale
- Mme Liuba Negru
Chargée des relations avec la presse et les médias, Relations avec la presse et les
médias

- M. Jens Nielsen
Gestionnaire de réseau par intérim, Opérations (production et soutien),
Informatique
- Mme Debbie Offen
Secrétaire, Santé mentale
- Mme Ionela Petrea
Conseillère technique pour la coordination des conférences, Santé mentale
- Mme Kristel M.B. Player
Assistante à la documentation (F), Unité linguistique
- M. Dag Rekke
Chef du programme Alcool et toxicomanie, Alcool et toxicomanie
- M. Charles Robson
Directeur du Service traduction et rédaction, Unité linguistique
- Dr Gerald Rockenschaub
Conseiller régional, Préparation aux situations d'urgence et protection contre les
catastrophes
- Mme Anna Roepstorff
Assistante de programme, Communication et sensibilisation
- Mme Christine Rosenberg
Assistante de secrétariat au bureau du directeur de la Division du soutien
technique, Réduction de la charge de morbidité
- M. Michal Rustanowicz
Conseiller régional, Services informatique et télématique, Soutien informatique
- Mme Liz Shrapnel
Assistante personnelle et secrétaire, Bureau du directeur régional
- Mme Larisa Stepanova
Assistante à la documentation (R), Unité linguistique
- Mme Natalia Sterlikova-Løhr
Secrétaire, Santé mentale
- Mme Vivienne Taylor Gee
Chargée de communication, Médias et relations publiques
- M. Éric Tordeur
Traducteur/réviseur (F), Unité linguistique
- Dr Hédinn Unnsteinsson
Conseiller technique, Santé mentale
- Dr Liliana Urbina
Responsable administrative pour les activités dans le domaine de la santé
mentale, Santé mentale
- M. Rainer Verhoeven
Traducteur/réviseur (All.), Unité linguistique

Siège de l'OMS

Dr José M. Bertolote

Coordinateur, Maladies non transmissibles et santé mentale, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Prise en charge des troubles mentaux et des affections cérébrales

Dr Daniel Chisholm

Économiste de la santé, Département du financement du système de santé, des dépenses et de l'affectation des ressources, Bases factuelles et informations pour la politique de santé

Dr Michelle Funk

Coordinatrice, Maladies non transmissibles et santé mentale, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Politique de santé mentale et développement des services

Dr Benedetto Saraceno

Directeur, Maladies non transmissibles et santé mentale, Santé mentale et abus de substances psychoactives

Dr Shekhar Saxena

Coordinateur, Maladies non transmissibles et santé mentale, Santé mentale et abus de substances psychoactives

Bureaux de l'OMS dans les pays**Bureau de pays de l'OMS (Albanie)**

Dr Santino Severoni

Chef de bureau

Mme Dévora Kestel

Consultante temporaire en matière de soins de santé mentale

Dr Ledia Lazeri

Fonctionnaire professionnelle nationale, Santé mentale, Préparation aux situations d'urgence et protection contre les catastrophes

Bureau de pays de l'OMS (Estonie)

Dr Jarno Habicht

Chargé de liaison de l'OMS

Bureau de pays de l'OMS (ex-République yougoslave de Macédoine)

Dr Stojan Bajraktarov

Chef de projet, Santé mentale

Mme Dimitrinka Jordanova-Pesevska

Fonctionnaire professionnelle nationale, Santé mentale

Dr Jukka Pukkila

Chef de bureau

Bureau de pays de l'OMS (Pristina)

Dr Skender Syla

Responsable national des politiques et systèmes de santé

Personnel d'encadrement finlandais**Assurance sociale de Finlande**

Mme Tanja Blomqvist

Coordinatrice aux affaires internationales

Centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé (STAKES)

Mme Päivi Erbrech

Secrétaire

Mme Virpi Honkanen

Secrétaire de projet

Mme Ulla Katila-Nurkka

Secrétaire de projet

Mme Elina Lembinen

Employée de bureau

M. Niko Metso

Chef de bureau

Mme Mari Miekka

Assistante à la recherche

Mme Merja Paimensaari

Coordinatrice locale de la conférence

Mme Tanja Potepenکو

Assistante de conférence

M. Pekka Salakka

Responsable du transport

M. Aimo Silvenius

Chef de bureau principal

Mme Marianne Sipilä

Coordinatrice de projet

Mme Britta Sohlman

Planificatrice spéciale

Mme Päivi Tapiovaara

Secrétaire de projet

Mme Laila Turkia

Secrétaire

École de santé publique de Tampere

Mme Pia Solin

Chercheuse

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Marjatta Anttila
Secrétaire

Mme Anna Ehrnrooth
Secrétaire

Mme Marjatta Fyhr
Secrétaire

Mme Noora Heinonen
Haute fonctionnaire

M. Jarmo Hämäläinen
Agent de la sécurité

Mme Monika Kankaanrinta
Secrétaire ministérielle

M. Petri Kauppi
Informaticien

Mme Tiina Neal

Mme Tuija Perälä
Secrétaire, Unité des affaires internationales

Mme Nina Palin
Secrétaire, Information et communication

M. Pirjo Pietilä

Mme Satu Renko

Mme Tarja Tamminen
Directrice adjointe de la communication

M. Lassi Tammi

Mme Ilari Wickström

Université de Turku

Mme Reeta Kangas

**Le Bureau régional de l'OMS
pour l'Europe**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélorus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Ex-République yougoslave
de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie-et-Monténégro
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkémistan
Turquie
Ukraine

Les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont réunis lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005 afin d'aborder l'une des principales menaces au bien-être des Européens : l'épidémie de troubles psychosociaux et de problèmes de santé mentale. Ils ont sorti la santé mentale d'une zone d'ombre, de stigmatisation et de discrimination, pour la placer au cœur de l'arène politique de la santé publique. En adoptant la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, ils ont déterminé la trajectoire de la politique de santé mentale pour les 5 à 10 prochaines années.

Les États membres doivent désormais relever le défi qui consiste à agir en fonction des principes de la Déclaration et à concrétiser les objectifs dans les 12 domaines d'activités du Plan d'action. Le présent ouvrage contribue à la réalisation de cette tâche en décrivant la situation actuelle dans la Région, en présentant les textes de la Déclaration et du Plan d'action, en évoquant succinctement les domaines d'activités (avec des exemples d'initiatives en cours dans chacun de ceux-ci) et en décrivant les projets de l'OMS en matière d'assistance aux États membres pour l'amélioration de la santé mentale dans la Région européenne.

Les engagements pris dans la Déclaration et le Plan d'action se fondent sur des données et des bases factuelles glanées dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. Ensemble, ils constituent une base solide sur laquelle les gouvernements, les responsables politiques, les organisations non gouvernementales et d'autres parties intéressées, ainsi que l'OMS, peuvent échafauder des solutions afin d'améliorer la qualité de vie de tous les citoyens.

ISBN 92-890-2377-5



9 789289 023771

**Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18. Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int