

Investir dans la

SANTE MENTALE



Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

Le présent document est produit par le Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives
Maladies non transmissibles et santé mentale, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Pour obtenir plus d'information ou faire part de vos réactions, veuillez vous adresser à:
Organisation mondiale de la Santé, Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives,
Avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse
Téléphone: +41 22 791 21 11, télécopie: +41 22 791 41 60
Courrier électronique: mnh@who.int, site internet: www.who.int/mental_health

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé

Investir dans la Santé mentale

1. Troubles mentaux – économie 2. Troubles mentaux – thérapeutique 3. Services santé mentale – économie
4. Coût maladie 5. Investissement I Titre.

ISBN 92 4 256257 2

(classification NLM: WM 30)

© Organisation mondiale de la Santé, 2004

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

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

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

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

Conception: TushitaGraphic Vision Sàrl, CH-1226 Thônex, Genève

Photo de couverture: © Organisation mondiale de la Santé

Imprimé par Nove Impression, Suisse.

Introduction	3
Résumé d'orientation	4
Qu'est-ce que la santé mentale?	7
L'ampleur et le poids des troubles mentaux	8
Les troubles mentaux, fardeau économique	14
Promouvoir la santé mentale, prévenir et prendre en charge la maladie mentale	26
L'écart entre la charge de morbidité des troubles mentaux et les ressources disponibles	36
Le Programme mondial d'action de l'OMS pour la santé mentale (mhGAP)	40
Agir pour une meilleure santé mentale: les possibilités d'action sont nombreuses, chacun peut apporter sa contribution	43
Références	46
Où s'adresser pour en savoir davantage	48

Introduction

par le Directeur Général



La santé mentale est marquée depuis trop longtemps par l'ostracisme et la discrimination. Il est temps qu'elle se libère de cette tare. L'ampleur des problèmes, les souffrances et le fardeau qu'entraînent les incapacités et les coûts pour l'individu, la famille et la société sont immenses. Ces dernières années, le monde a pris conscience de l'énorme charge que représente la maladie mentale, tout comme des progrès qui pourraient être accomplis. Nous pouvons changer le cours des choses en appliquant les connaissances que nous possédons déjà.

Il nous faut renforcer sensiblement notre investissement en faveur de la santé mentale, et ce dès à présent.

Quels types d'investissement?

Des investissements financiers et humains. Il faudrait consacrer une plus grande partie des budgets nationaux à la mise en place des infrastructures et des services nécessaires en santé mentale. En même temps, il faut davantage de ressources humaines pour soigner ceux qui sont atteints de troubles mentaux et pour protéger et promouvoir la santé mentale. Les pays, en particulier ceux dont les ressources sont limitées, doivent mettre au point des politiques, des plans et des initiatives ciblés afin de promouvoir la santé mentale et les activités dans ce domaine.

Qui doit investir? Nous tous qui nous intéressons à la santé et à l'épanouissement individuel et collectif, en particulier les organisations internationales, les organismes d'aide au développement, les fondations, les entreprises et les gouvernements.

Quels effets escompter d'un tel investissement?

Grâce à cet investissement, ceux qui souffrent de troubles mentaux – et qui sont aujourd'hui près de 450 millions – devraient être plus nombreux à pouvoir bénéficier des services, des traitements et du soutien indispensables, de services plus efficaces et plus humains, de traitements qui leur éviteront incapacité chronique et mort prématurée, et d'un soutien leur permettant de vivre une vie plus enrichissante et en meilleure santé – en bref de vivre une vie plus digne. Nous pouvons aussi escompter un meilleur rendement financier grâce à une productivité accrue et à une baisse des coûts de la maladie et des soins, sans parler des économies réalisées dans d'autres secteurs.

Ainsi, l'individu et la collectivité seront mieux à même d'éviter ou d'affronter les tensions et les conflits inhérents à la vie quotidienne et verront leur qualité de vie et leur santé s'améliorer.

Jooye Wook Lee

Résumé d'orientation

Pour chaque individu, la santé mentale, physique et sociale sont tels des fils entrelacés tissant l'étoffe de sa vie. À mesure que s'améliore notre compréhension des liaisons entre ces éléments, il apparaît de plus en plus clairement que la santé mentale est essentielle au bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Ainsi, la santé mentale peut se définir

comme un état de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux, et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit. Malheureusement, dans la plupart des groupes sociaux, on est très loin d'accorder à la santé mentale et aux troubles mentaux la même

importance qu'à la santé physique. En fait, ceux-ci ont plutôt été négligés et se sont heurtés à un désintérêt presque total.

Le présent document a pour objet de faire découvrir au lecteur ce qu'est la santé mentale, l'ampleur du problème et le fardeau que représentent les troubles mentaux. Il doit lui permettre de mieux comprendre comment nous pouvons agir pour promouvoir la santé mentale dans le monde, éviter des décès et alléger la charge de morbidité des troubles mentaux. Il existe maintenant des traitements et des interventions à la fois efficaces, économiques et faciles à obtenir. Le moment est donc arrivé d'unir nos efforts pour surmonter les obstacles afin de réduire le fossé entre ce qui doit être fait et ce qui l'est, entre le fardeau que constituent les troubles mentaux et les ressources engagées pour le soulager. Comblé ce fossé s'impose clairement comme une obligation, non seulement pour l'Organisation mondiale de la Santé mais aussi pour les gouvernements, les organismes d'aide et de développement, les fondations, les établissements de recherche et le monde des affaires.

L'ampleur du problème et son poids

- Le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement atteint 450 millions.
- Près d'un million de personnes se suicident tous les ans.
- Quatre des six principales maladies à l'origine d'années vécues dans l'incapacité sont des troubles neuropsychiatriques (dépression, troubles liés à la consommation d'alcool, schizophrénie et trouble bipolaire).
- Dans une famille sur quatre, un membre au moins souffre de troubles mentaux. Les membres de la famille sont souvent les principaux soignants des personnes atteintes de troubles mentaux. Il est difficile d'évaluer la charge que font peser les troubles mentaux sur les membres de la famille et de la quantifier et, de ce fait, elle n'est souvent pas prise en compte. Elle a cependant de profondes répercussions sur la qualité de vie de famille.
- Non seulement les maladies mentales ont un coût social et entraînent des dépenses de santé, mais les personnes affectées sont en outre souvent les victimes de violations des droits humains, de stigmatisation et de discrimination, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements psychiatriques.

La charge économique des troubles mentaux

Compte tenu de la prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les adultes et les enfants, il n'est pas surprenant que ceux-ci constituent une énorme charge psychologique et financière pour les individus, leur famille et la société tout entière. La maladie mentale a des incidences économiques sur le revenu des personnes, la capacité des malades – et souvent de leurs soignants – à travailler, la productivité au travail et la contribution à l'économie nationale. S'y ajoutent le recours à des traitements et à des services d'aide. Le coût des problèmes de santé mentale dans les pays développés varie, selon les estimations, entre 3% et 4% du PNB. Le coût des troubles mentaux pour les économies nationales s'élève, lui, à plusieurs milliards de dollars si l'on tient compte à la fois des dépenses qu'ils entraînent et de la perte de productivité. Le coût annuel moyen (dépenses médicales et pharmaceutiques et dépenses liées à l'incapacité) d'un employé souffrant de dépression peut être de 4,2 fois supérieur à celui d'un prestataire type. Cependant, le coût du traitement est souvent totalement compensé par une réduction du nombre de jours d'absence et une moindre perte de productivité au travail.

Soulager le problème: programme de prévention, de promotion et de prise en charge

Une combinaison de programmes de prévention et de traitement bien ciblés dans le domaine de la santé mentale, menés dans le cadre des stratégies publiques générales, permettrait d'éviter des années vécues dans l'incapacité et des décès, de réduire la stigmatisation qui frappe les troubles mentaux, d'augmenter considérablement le capital social, contribuerait à faire reculer la pauvreté et favoriserait le développement du pays.

Diverses études fournissent des exemples de programmes efficaces conçus pour des groupes d'âge ciblés, allant de programmes prénatals et pour enfants en bas âge à des programmes pour personnes âgées ou pour adolescents, alors que d'autres visent des situations spécifiques: stress post-traumatique faisant suite à un accident, stress conjugal, stress professionnel, dépression et anxiété dues à une perte d'emploi, à un veuvage ou à l'ajustement à la retraite. Les recherches dans ce domaine doivent être poursuivies, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. De nombreuses données concourent à montrer que, pour ce qui concerne la schizophrénie, la dépression et d'autres troubles mentaux, des interventions sont non seulement disponibles mais également abordables et efficaces.

Pourtant, le fossé est immense entre les besoins en matière de traitement des troubles mentaux et les ressources disponibles. Dans les pays développés dotés de systèmes de soins de santé bien organisés, 44% à 70% des malades mentaux ne sont pas traités. Dans les pays en développement, les chiffres sont encore plus alarmants, le déficit de traitement approchant les 90%.

On s'attend à ce que la charge de morbidité imputable aux troubles mentaux augmente très nettement au cours des 20 prochaines années: Faisons-nous suffisamment d'efforts pour faire face aux problèmes croissants de santé mentale?

Le Programme mondial d'action de l'OMS pour la santé mentale (mhGAP)

Pour surmonter les obstacles et combler le fossé entre les ressources et les besoins en matière de traitement des troubles mentaux, et pour réduire le nombre d'années vécues dans l'incapacité et de décès associés à ces troubles, l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place le Programme mondial d'action pour la santé mentale (mhGAP) dans le cadre d'un ambitieux effort pour mettre en application les recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001 consacré à la santé mentale. Le programme s'appuie sur des stratégies visant à améliorer la santé mentale des populations. Pour mettre en œuvre ces stratégies, l'OMS a lancé différents projets et actions comme la Campagne mondiale contre l'épilepsie et la Campagne mondiale pour la prévention du suicide. Elle renforce les capacités nationales des pays pour leur permettre d'élaborer une politique en matière de consommation d'alcool et leur apporte une aide à la mise en place de services traitant les problèmes liés à l'alcool. L'OMS prépare également des directives en matière d'interventions dans les situations d'urgence et de prise en charge de la dépression, de la schizophrénie, des troubles liés à l'alcool, de la consommation de drogue, de l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques. Ces projets sont inscrits dans un cadre d'activités comportant notamment une aide aux pays pour assurer le suivi de leur système de santé mentale, formuler des politiques, améliorer leur législation et réorganiser leurs services. Ces efforts sont essentiellement centrés sur les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire où le déficit de services est le plus criant.

Investir aujourd'hui dans la santé mentale peut être extrêmement profitable sur le plan de la réduction de l'incapacité et de la prévention des décès prématurés. Les priorités sont connues et les projets et activités nécessaires clairement définis et possibles. Il est de notre responsabilité de transformer ces possibilités en réalité.

Qu'est-ce que la santé mentale?

La santé mentale ne consiste pas simplement en une absence de troubles mentaux. L'OMS souligne la dimension positive de la santé mentale dans la définition de la santé figurant dans sa Constitution: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.» Parmi les concepts de la santé mentale figurent le bien-être subjectif, l'autoperception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance entre générations et la reconnaissance de sa capacité d'autoactualisation de son potentiel intellectuel et affectif. La santé mentale a également été définie comme un état de bien-être par lequel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et

fructueuse et apporte une contribution à sa communauté. La santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Nous devons tous nous sentir concernés par la santé mentale et ne pas uniquement nous préoccuper de malades souffrant de troubles mentaux.

Les problèmes de santé mentale affectent la société tout entière et ne se restreignent pas à une petite portion isolée de celle-ci. Ils constituent donc un obstacle majeur au développement mondial. Aucun groupe humain n'est épargné par les troubles mentaux, mais le risque est plus élevé chez les personnes démunies, les sans-abri, les chômeurs, les personnes ayant un bas niveau d'instruction, les victimes de

violence, les immigrants et les réfugiés, les populations indigènes, les enfants et les adolescents, les femmes maltraitées et les personnes âgées délaissées.

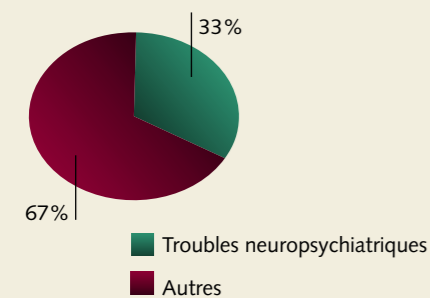
Pour tous les individus, la santé mentale, physique et sociale sont des aspects fondamentaux de la vie, intimement liés et étroitement interdépendants. Lorsque l'on a pris conscience de cette corrélation, il devient évident que la santé mentale est d'une importance vitale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Malheureusement, dans la plupart des régions du monde, la santé mentale et les troubles mentaux n'ont pas la même importance que la santé physique, tant s'en faut. En fait, les problèmes mentaux ont été en grande partie négligés et ont suscité très peu d'intérêt.

L'ampleur et le poids des troubles mentaux

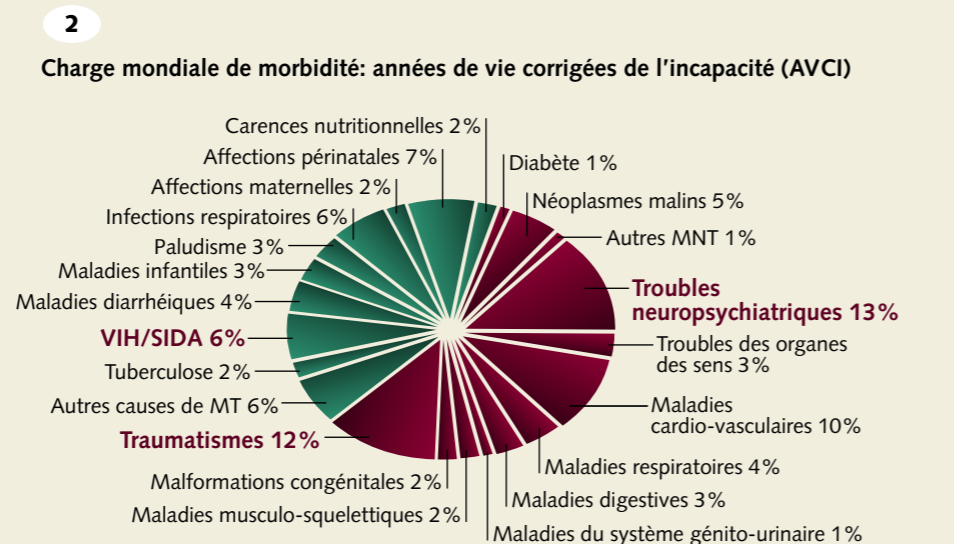
Un lourd tribut

Aujourd'hui, près de 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux ou du comportement. Selon la charge mondiale de morbidité 2001 établie par l'OMS, 33% des années vécues avec une incapacité (AVI) sont imputables aux troubles neuropsychiatriques, auxquels s'ajoutent 2,1% imputables aux blessures intentionnelles (Figure 1). Les troubles dépressifs unipolaires à eux seuls sont responsables de 12,15% des années vécues avec une incapacité et constituent le troisième facteur dans la charge mondiale de morbidité. Quatre des six principales causes d'incapacité (AVI) sont des troubles neuropsychiatriques (dépression, consommation d'alcool, schizophrénie et troubles bipolaire).

1
Années vécues avec une incapacité (AVI): monde



Source: Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002



Source: Rapport sur la Santé dans le Monde, 2002

Les affections neuropsychiatriques représentent 13 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), les blessures intentionnelles 3,3% et le VIH/SIDA 6% (Figure 2). Ces deux derniers groupes comprennent un aspect comportemental lié à la santé mentale. En outre, il faut garder à l'esprit que chacune de ces statistiques souvent citées est l'expression chiffrée d'énormes souffrances humaines.

- Plus de 150 millions de personnes souffrent de dépression à un moment de leur vie.
- Près d'un million de personnes se suicident chaque année.

- Environ 25 millions de personnes souffrent de schizophrénie.
- 38 millions de personnes souffrent d'épilepsie
- Plus de 90 millions de personnes souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogue.

Le nombre d'individus atteints de troubles mentaux continuera vraisemblablement à augmenter en raison du vieillissement de la population, de l'aggravation des problèmes sociaux et des troubles civils.

Le coût de cette charge croissante est énorme si l'on additionne la misère humaine, l'incapacité et les pertes économiques.

Les problèmes mentaux et de comportement en tant que facteurs de risques pour la morbidité et la mortalité

Il est de plus en plus clair que le fonctionnement mental est fondamentalement et très étroitement lié au fonctionnement physique et social et aux résultats thérapeutiques. Par exemple, la dépression est un facteur de risque pour le cancer et les maladies cardiaques. Et les troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété et les troubles liés aux toxicomanies chez les patients qui souffrent également de troubles physiques peuvent avoir pour résultat une non-observance du calendrier de traitement. En outre, un lien a été établi entre un certain nombre de comportements, tels que le tabagisme et les activités sexuelles, et l'apparition de troubles physiques comme les carcinomes et le VIH/SIDA.

Parmi les 10 premiers facteurs de risque pour la charge mondiale de morbidité mesurée en AVCI que recense le Rapport sur la santé dans le monde 2002, trois sont mentaux/comportementaux (sexualité à risque, tabagisme, alcoolisme) et trois autres sont nettement affectés par des facteurs mentaux/comportementaux (excès pondéral, hypertension et cholestérol).



Photo: © OMS, P. Viriot

Les troubles mentaux et les pathologies sont étroitement liés

Le traitement de la dépression comorbide pourrait améliorer l'observance des interventions pour les pathologies chroniques

La dépression comorbide se définit par la coexistence d'un trouble dépressif (c'est-à-dire d'une dépression majeure, dysthymie ou trouble de l'adaptation) et d'une pathologie physique (maladie infectieuse, cardio-vasculaire, troubles neurologiques, diabète sucré ou cancer). Ce n'est ni un phénomène dû à une simple coïncidence, ni un simple sentiment de découragement ou de tristesse déclenché par les difficultés de la vie lorsqu'on est atteint d'une maladie chronique. Alors que la prévalence de la dépression majeure dans la population générale peut varier entre 3% en moyenne et 10%, elle est systématiquement plus élevée parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique (Figure 3).

Les malades atteints de dépression comorbide ont tendance à moins bien respecter leur traitement ou suivre les recommandations qui leur sont faites, et courent un risque plus élevé d'incapacité et de mortalité.

Par exemple, des études ont montré que les patients déprimés sont trois fois plus enclins à ne pas suivre le traitement médical prescrit que les autres patients, et que la dépression présage une affection cardiaque. Dans le cas des maladies infectieuses, la non-observance du traitement peut entraîner une pharmacorésistance, or les agents infectieux pharmacorésistants ont de profondes implications pour la santé publique.

La dépression associée à une maladie altère la qualité de la vie et perturbe divers aspects du fonctionnement des malades atteints de maladies chroniques. Elle entraîne en outre une utilisation plus importante des soins de santé, et donc des coûts plus élevés.

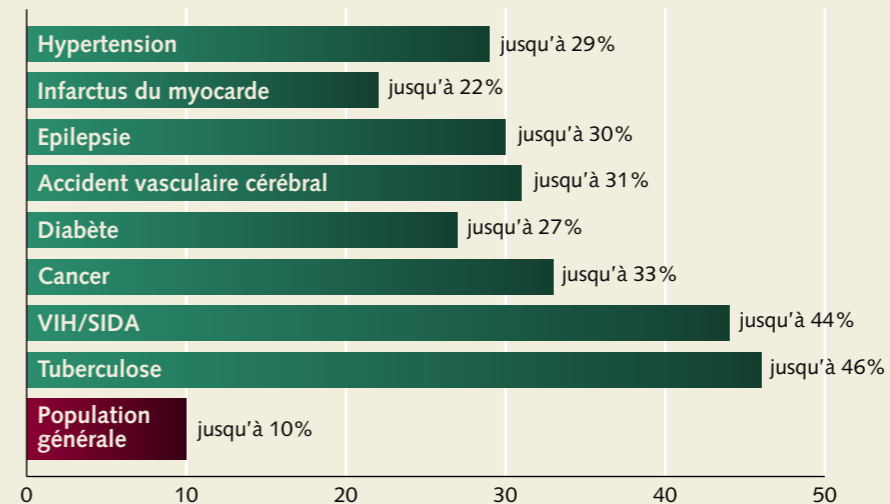
Les essais cliniques ont tous démontré l'efficacité des traitements antidépresseurs chez les patients souffrant à la fois de dépression et de maladie chronique. De tels traitements améliorent les résultats thérapeutiques généraux.

La comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée chez une personne de deux troubles ou plus, est un domaine d'étude qui suscite un intérêt considérable et croissant dans le contexte des soins de santé. Les recherches tendent à confirmer qu'un certain nombre de troubles mentaux (comme la dépression, l'anxiété, la toxicomanie) apparaissent chez des individus souffrant à la fois de maladies transmissibles et non transmissibles trop fréquemment pour qu'il puisse s'agir d'une simple coïncidence. Par ailleurs, les personnes atteintes d'affections physiques chroniques ont une probabilité plus élevée de présenter des troubles mentaux tels que la dépression et les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes souffrant de troubles physiques.

La comorbidité est responsable d'une moins bonne observance des traitements médicaux. Elle entraîne une aggravation de l'incapacité et de la mortalité et une augmentation des coûts de santé. Cependant, la coexistence de troubles mentaux reste fréquemment non dépistée et n'est pas toujours traitée avec efficacité. Une plus grande prise de conscience et une meilleure compréhension ainsi qu'une prise en charge intégrée complète peuvent soulager le fardeau que représentent le cumul de troubles mentaux et physiques pour l'individu, la société et les services de santé.

3

Prévalence de la dépression majeure chez les patients atteints d'une pathologie physique.



Source: OMS, 2003, document non publié

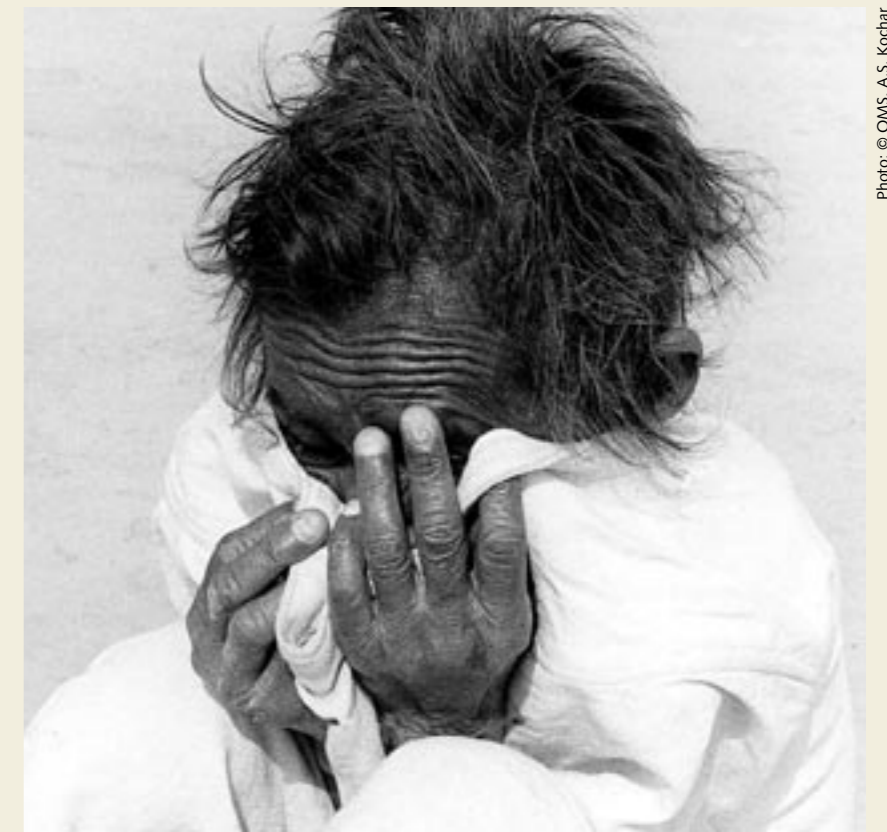


Photo: © OMS, A.S. Kochhar

Les troubles mentaux: un lourd fardeau pour la famille.
La charge des troubles mentaux excède ce qui avait été défini par
Années de vie corrigées de l'incapacité.
Le poids que représentent les troubles mentaux pour les membres
de la famille est difficile à quantifier – il n'est souvent pas pris en
compte. Il a pourtant de profondes répercussions sur la qualité de
vie de la famille.

Au coût social et économique des troubles
mentaux s'ajoute un autre problème: les
malades sont aussi les victimes de violations
des droits humains, de stigmatisation et de
discrimination.

L'existence de la charge familiale doit être reconnue

Les membres de la famille sont souvent les principaux soignants des personnes atteintes de troubles mentaux. Ils fournissent un soutien affectif et physique, et supportent souvent les dépenses liées au traitement médical et aux soins. On estime que dans une famille sur quatre un membre au moins souffre d'un trouble mental ou du comportement. Pour les membres de la famille, à la souffrance évidente que fait naître un handicap mental frappant un être cher, s'ajoutent souvent la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale. La famille peut se voir rejetée par ses amis, ses proches, son voisinage

et la communauté locale, ce qui accentue son sentiment d'isolement, limite ses activités sociales, et fait obstacle à une pleine intégration dans les réseaux sociaux normaux.

Il faut davantage soutenir les soignants non professionnels. La société ne reconnaissant pas le poids que représentent les troubles mentaux pour les familles, celles-ci ne bénéficient que de peu d'aide. Les frais de traitement des maladies mentales sont souvent supportés par les familles parce qu'ils ne sont généralement pas pris en charge par l'État ou les assurances. Les membres

de la famille doivent parfois consacrer beaucoup de temps aux soins requis par le malade mental. Malheureusement, dans la plupart des cas, les employeurs n'ont pas une bonne appréhension du problème et il n'existe aucun aménagement du temps de travail permettant de répondre aux besoins. De ce fait, les membres de la famille du malade ont du mal à trouver un emploi ou à garder leur emploi et voient parfois leur salaire amputé en raison de journées d'absence. A ces difficultés s'ajoutent les dépenses induites par le traitement et les soins dispensés au malade.

Parler de troubles mentaux, c'est parler de stigmatisation et de droits humains

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent victimes de nombreuses violations des droits humains et de stigmatisation sociale.

Dans beaucoup de pays, les personnes souffrant de troubles mentaux ont un accès limité aux traitements et aux soins de santé mentale dont ils ont besoin du fait qu'il n'existe pas de service de soins de santé mentale dans la zone où ils résident ou même dans le pays. Par exemple, l'Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde publié par l'OMS en 2001 indique que 65% des lits psychiatriques se trouvent dans

des établissements psychiatriques, où les conditions d'hospitalisation sont très peu satisfaisantes. Les malades ne devraient pas être placés dans des établissements psychiatriques mais être soignés dans des centres hospitaliers et des services de réadaptation non hospitaliers.

Les violations sont omniprésentes dans les établissements psychiatriques

Dans de nombreux établissements psychiatriques, les pratiques en matière de traitement et de soins sont inadéquates, dégradantes ou même dangereuses, et

les malades souffrent d'un manque d'hygiène et de conditions de vie inhumaines. Par exemple, on a relevé des cas de malades attachés à des troncs d'arbre, loin de chez eux, pendant de longues périodes, sans pouvoir disposer d'un abri, de vêtements ou de la nourriture nécessaires. En outre, il arrive souvent que des personnes soient hospitalisées et traitées dans des établissements psychiatriques contre leur volonté. La question du libre consentement du malade à son hospitalisation et à son traitement est souvent écartée, et aucune évaluation indépendante de la capacité de la personne n'est demandée.

Il en résulte que des personnes peuvent être internées pendant de longues périodes, parfois à vie, bien qu'elles jouissent de la capacité de décider de leur avenir et de vivre dans un environnement normal.

Les violations se produisent également hors des établissements psychiatriques

Dans les pays à faible revenu comme dans les pays à revenu élevé, les malades, ainsi que leur famille, se heurtent à de

nombreux préjugés. Ceux-ci s'expriment par la peur, la gêne, la colère, le rejet, la fuite et les jugements stéréotypés. Les mythes et les idées erronées sur les troubles mentaux pèsent sur la vie quotidienne des malades et se traduisent par la discrimination et la dénégation des droits humains les plus fondamentaux. Partout dans le monde, les personnes souffrant de troubles mentaux se voient refuser des emplois et des possibilités d'étudier ou de se former et sont en butte à des discriminations dans le domaine de l'assurance

maladie et de l'aide au logement. Dans certains pays, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être frappées d'incapacité électorale et privées du droit d'appartenir à des associations professionnelles. Dans d'autres, un mariage peut être annulé si l'épouse présente ou a présenté un trouble mental. La stigmatisation et la discrimination dont est victime la personne malade peuvent avoir pour effet de réduire ses possibilités de bénéficier de soins appropriés, de guérir et de s'intégrer à la société.

Violations des droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux: la voix des victimes.

Lits-cage

De nombreux établissements psychiatriques, centres hospitaliers et foyers de la protection sociale utilisent encore régulièrement des lits-cage pour entraver les patients souffrant de troubles mentaux ou de retard mental. Les lits-cages sont des lits grillagés, parfois munis de barreaux, qui servent à maîtriser physiquement le malade. Les patients sont souvent enfermés dans les lits-cage pendant de longues périodes, parfois des années. Ce type d'entrave est souvent utilisé lorsque le niveau de formation des personnels est insuffisant. Ces lits peuvent aussi servir à punir les malades ou à les menacer de punition. Ils entravent les mouvements des patients, non sans certaines conséquences tant physiques, comme les escarres, que psychologiques. Les victimes de ces traitements ont utilisé les termes effroyable, effrayant, humiliant, dégradant et déshumanisant pour décrire leur expérience (Cage Beds – Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries, Mental Disability Advocacy Centre, 2003).

Enchaînés et brûlés vifs à la suite d'un incendie accidentel

Août 2001: vingt-cinq personnes ont été brûlées vives à Erwadi, en Inde. Un violent incendie s'est déclaré à cinq heures du matin dans l'asile. Sur les 46 patients atteints de troubles mentaux, 40 étaient enchaînés à leur lit. Erwadi est depuis longtemps considéré comme un lieu sacré, célèbre pour son dargah (mausolée). Pendant le «traitement», les malades atteints de troubles mentaux étaient fréquemment frappés à coup de bâton, fouettés et battus pour «chasser le démon». Ils vivaient attachés, pendant la journée à des arbres à l'aide de grosses cordes, et la nuit à leur lit au moyen de chaînes de fer. (www.indiatogether.org)

Les troubles mentaux, fardeau économique

Compte tenu de la prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez l'adulte et l'enfant, le fardeau psychologique mais aussi financier que ceux-ci font peser sur les individus, leur famille et la société est

extrêmement lourd comme cela a été dit plus haut. Les maladies mentales ont de larges répercussions économiques, entre autres sur les revenus des personnes, la capacité des malades ou de leurs soignants à travailler et à

apporter une contribution productive à l'économie nationale, ainsi qu'en raison du coût des prestations de services d'aide et des traitements (Tableau 1).

Pour évaluer le fardeau économique mesurable que représente la maladie

Tableau 1. La charge économique des troubles mentaux

	Coût des soins	Coût de productivité	Autres coûts
Malades	Honoraires/paiement des traitements et services	Incapacité, perte de revenu	Angoisse/souffrance, effets secondaires des traitements; suicide
Famille et amis	Soins non professionnels	Congés de maladie	Angoisse, solitude, stigmatisation
Employeurs	Contributions au traitement et aux soins	Diminution de la productivité	–
Société	Prestations de soins de santé mentale et de soins médicaux (taxation/assurance)	Diminution de la productivité	Perte de vies, maladies non traitées (besoins non satisfaits), exclusion sociale

mentale (Tableau 2), les diverses incidences économiques ont été transformées en une seule mesure basée sur le coût, et réparties par type de coût

(dépenses effectuées ou ressources perdues).

Les troubles mentaux se caractérisent principalement par une mortalité relativement peu élevée, par un début sou-

vent précoce de la maladie et par des coûts indirects élevés résultant d'une productivité perdue ou considérablement réduite.

Tableau 2. Types de coûts mesurables

	Coûts principaux	Autres coûts non médicaux
Coûts directs (paiements effectués)	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires/paiement des traitements et services 	<ul style="list-style-type: none"> Activité des services sociaux Appareil de justice pénale et privé Transports
Coûts indirects (ressources perdues)	<ul style="list-style-type: none"> Coûts liés à la morbidité (valeur de la perte de productivité) Coûts liés à la mortalité 	<ul style="list-style-type: none"> Valeur du temps consacré par la famille aux soins du malade

Les troubles mentaux font peser un ensemble de coûts sur les individus, les familles, les employeurs et toute la société.

Combien coûtent les maladies mentales?

On ne dispose pas de coûts estimatifs pour les divers troubles, et certainement pas pour tous les pays du monde. La plupart des études satisfaisantes sur le plan méthodologique ont été menées aux Etats-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni. Sur la base des prix de 1990, les problèmes de santé mentale représentaient 2,5% du PNB aux Etats-Unis (Rice *et al.*, 1990). Pour les Etats membres de l'Union européenne, le coût des problèmes de santé mentale est estimé à 3% ou 4% du PNB (OIT, 2000), le coût de soins de santé représentant en moyenne 2% du PNB.

• Pour les **Etats-Unis**, Rice et coll. ont calculé un coût global de 148 milliards de dollars des Etats-Unis (sur la base des prix de 1990) pour l'ensemble des troubles mentaux. L'une des plus importantes données recueillies est la suivante: les coûts indirects sont soit aussi importants soit plus importants que les coûts directs pour tous les domaines de la santé mentale. Selon les estimations, rien qu'aux Etats-Unis, les dépenses pour le traitement de la santé mentale et des toxicomanies s'élevaient à 85,3 milliards de dollars des E.-U. en 1997: 73,4 milliards pour les maladies mentales et 11,9 milliards pour les toxicomanies (Mark *et al.*, 2000).

• En 1998, au **Canada**, selon les estimations, le poids total des problèmes de santé mentale s'élevait au minimum à 14,4 milliards de dollars canadiens: 8,1 milliards en perte de productivité et 6,3 milliards en traitements (Stephens et Joubert, 2001). La santé mentale constitue de ce fait l'un des problèmes de santé les plus coûteux au Canada.

• Patel et Knapp (1997) estiment que le coût global de l'ensemble des troubles mentaux au **Royaume-Uni** s'élève à 32 milliards de livres sterling (sur la base des prix de 1996/97), 45% du total étant attribuable à une perte de productivité.

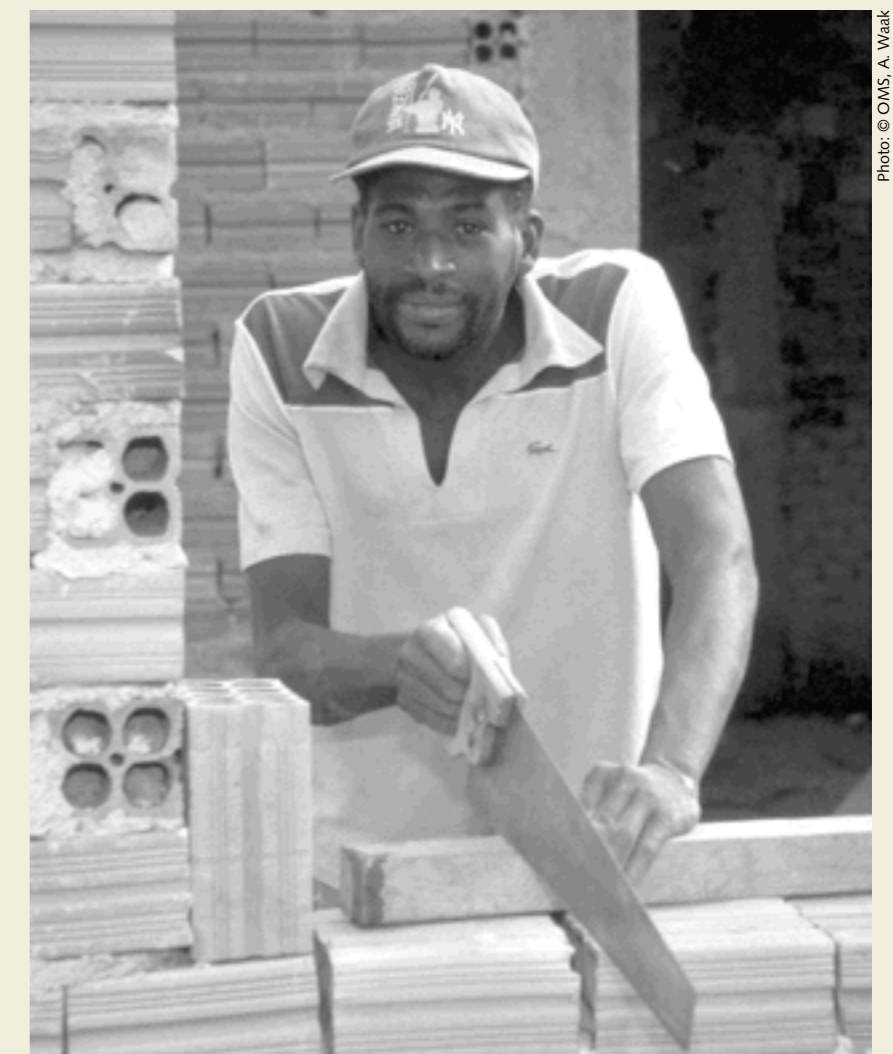


Photo: © OMS, A. Waack

Les problèmes de santé mentale rencontrés au cours de l'enfance engendrent des coûts additionnels à l'âge adulte

Les problèmes de santé mentale rencontrés au cours de l'enfance engendrent des coûts additionnels à l'âge adulte.

Le coût des troubles mentaux rencontrés pendant l'enfance peut être à la fois élevé et, dans une large mesure, caché (Knapp *et al.*, 1999). L'appa-

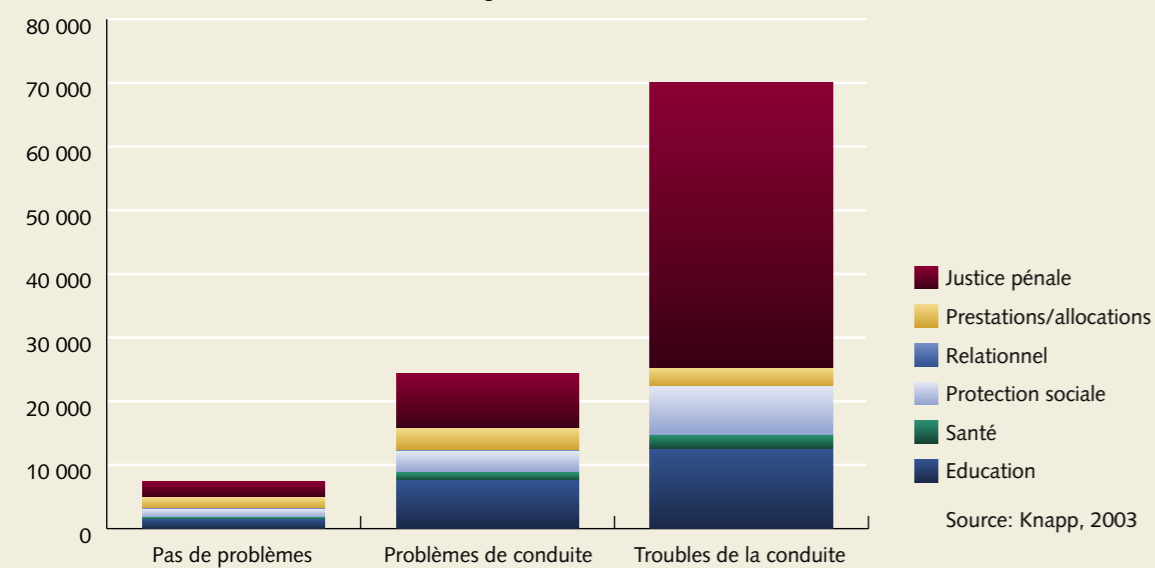
rition précoce de troubles mentaux perturbe l'éducation et le début de la carrière du malade (Kessler *et al.*, 1995). Ceux-ci peuvent avoir de lourdes conséquences, à l'âge adulte, s'ils n'ont pas été traités avec efficacité (Maughan et Rutter, 1998). Knapp montre que chez un enfant ayant présenté des troubles de la conduite,

les coûts additionnels seront considérables entre 10 et 27 ans (figure 4). Ces coûts ne relèvent pas essentiellement du domaine de la santé, comme on s'y attendrait, mais concernent l'éducation et la justice pénale, ce qui constitue un sérieux problème pour le capital social dans son ensemble

4

Coût à l'âge adulte pour une personne ayant présenté des problèmes de santé mentale pendant l'enfance

Coûts additionnels de 10 à 27 ans (en livres sterling)



Coût élevé des troubles mentaux: comparaison avec d'autres maladies chroniques importantes

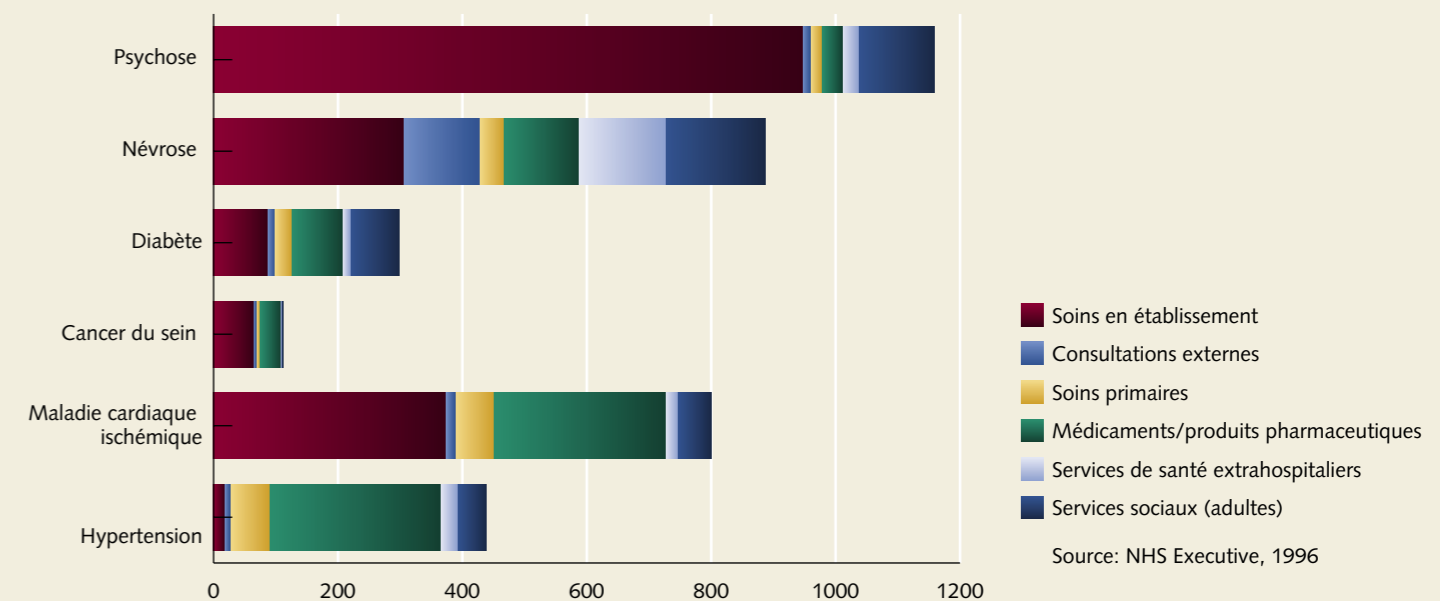
Une étude comparative récente des charges de morbidité, menée dans le cadre de la sécurité sociale (National Health Service, NHS) du Royaume-Uni, a mis en évidence les coûts relatifs et absolus des soins dispensés pour

un large éventail de troubles, notamment les dépenses annuelles relativement élevées liées à des maladies chroniques telles que la psychose et la névrose (NHS Executive, 1996, Figure 5 ci-dessous).

5

Charges de morbidité de la sécurité sociale britannique (National Health Service, NHS), 1996

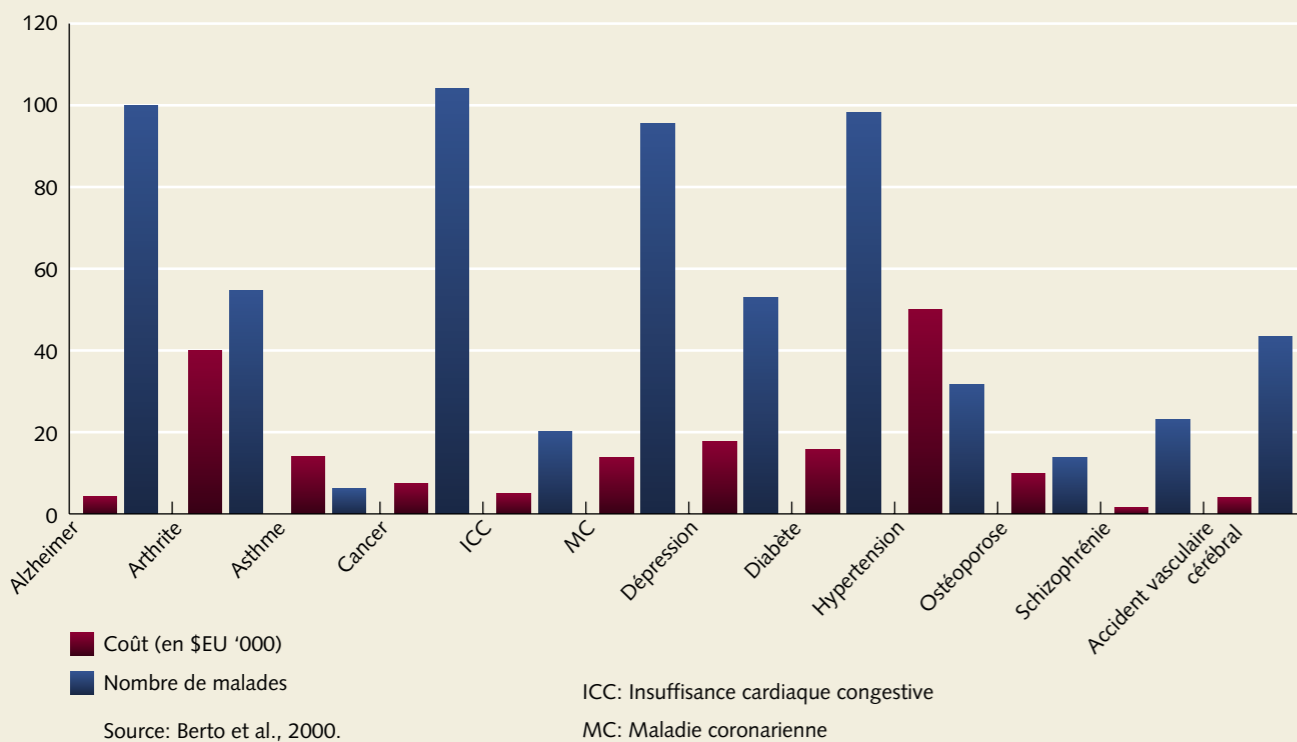
En millions de livres sterling, 1992/93



Une autre étude récente (Berto *et al.*, 2000) présente la prévalence et le coût total de la prise en charge de maladies telles que l'Alzheimer, l'asthme, le cancer, la dépression, l'ostéoporose, l'hypertension et la

schizophrénie. Comme l'illustre la Figure 6, aux Etats-Unis, trois troubles mentaux étudiés par Berto et coll. (la maladie d'Alzheimer, la dépression et la schizophrénie) présentent un rapport coût-prévalence élevé.

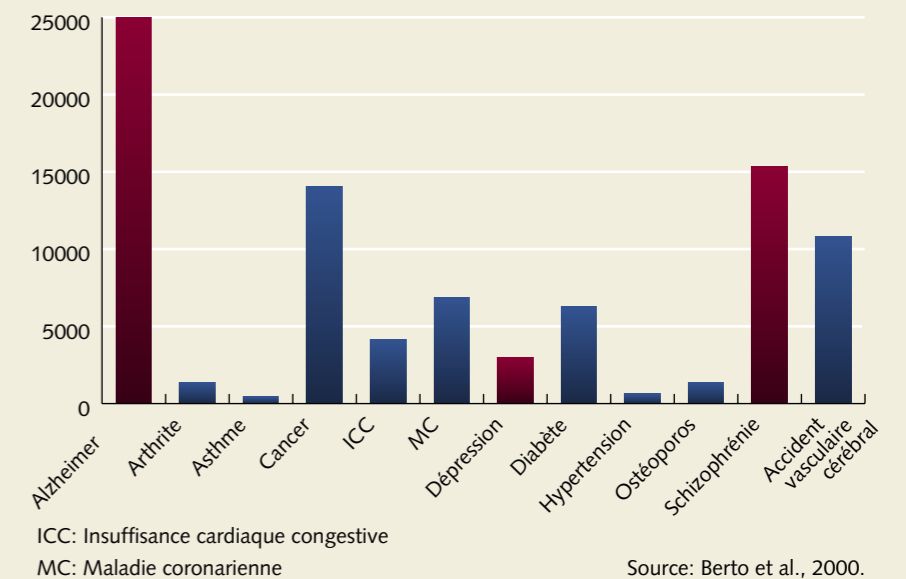
6
Nombre de malades et coût des maladies chroniques importantes: Etats-Unis
(en millions)



ICC: Insuffisance cardiaque congestive
MC: Maladie coronarienne

Il est encore plus intéressant d'examiner les différentes maladies du point de vue du coût moyen par malade, comme l'illustre la figure 7 où l'on peut voir que la maladie d'Alzheimer et la schizophrénie sont les deux maladies les plus coûteuses: leur coût moyen par malade est plus élevé que celui du cancer ou de l'accident vasculaire cérébral.

7
Coût annuel par malade de quelques maladies importantes: Etats-Unis
En dollar des Etats-Unis par malade et par an



Dans de nombreux pays développés, 35% à 45% des absences du lieu de travail sont dus à des problèmes de santé mentale

Aux Etats-Unis, on considère que la maladie mentale est responsable d'environ 59% des coûts économiques engendrés par une perte de productivité attribuable à des traumatismes ou à des maladies, suivie par l'alcoolisme, à 34% (Rouse, 1995). Un rapport d'une université canadienne (Université Laval, 2002) a mis en évi-

dence que les absences pour raison psychologique avaient augmenté de 400% entre 1993 et 1999. Une enquête sur la morbidité psychiatrique aux Royaume-Uni a montré que les personnes atteintes de psychose prenaient en moyenne 42 jours par an d'arrêt maladie. La même étude fait apparaître que les personnes souffrant

de plus d'un trouble névrotique (deux ou davantage) avaient en moyenne 28 jours d'absence par an, contre 8 jours pour les personnes souffrant d'un seul trouble névrotique (Patel et Knapp, 1997).

Baisse de la productivité au travail

même si l'employé ne prend pas de congé maladie, les problèmes de santé mentale peuvent entraîner une importante réduction du niveau d'activité et de performance habituel

Une récente étude de la Harvard Medical School a examiné l'incidence des troubles psychiatriques sur le travail du point de vue des jours d'activité perdus (jours d'absence) dans les principaux groupes professionnels aux États-Unis (Kessler et Frank, 1997). En moyenne, le nombre de jours de travail perdus en raison de troubles psychiatriques s'élevait à 6 jours par mois pour 100 actifs, et le nombre de journées écourtées (pendant lesquelles

la quantité de travail effectuée est moindre que la quantité habituelle) était de 31 jours par mois pour 100 actifs. Si les effets des journées de travail perdues étaient sensiblement identiques pour toutes les professions, les répercussions des journées de travail écourtées étaient plus marquées parmi les cadres. L'étude a fait ressortir que la prévalence des arrêts de travail et des journées écourtées était plus élevée parmi les personnes atteintes simultanément de plusieurs troubles

que parmi celles ne souffrant que d'un seul trouble. L'étude présente une projection nationale, calculée sur une base annuelle, de plus de 4 millions de journées de travail perdues et 20 millions de journées écourtées aux États-Unis.



Photo: © OMS, P. Viret

La maladie mentale influe sur l'accès au marché de l'emploi et le maintien en fonction

Le cas particulier de la dépression

La charge de morbidité de la dépression augmente. Elle exerce une influence à la fois sur la vie sociale et sur la vie professionnelle des individus.

Aux États-Unis, selon les estimations, entre 1,8% et 3,6% des travailleurs souffrent de dépression majeure, et le taux d'incapacité chez les actifs atteints de dépression est près du double de celui des personnes non atteintes de dépression (Goldberg et Steury, 2001). En 2000, 7,8 millions de Canadiens ont été traités pour dépression, ce qui représente une augmentation de 36% par rapport à l'année précédente.

Dans une grande société de services financiers, aux États-Unis, on a enregistré en moyenne 44 jours d'arrêt de travail pour dépression, contre 42 jours pour maladie cardiaque, 39 jours pour lombalgie et 21 pour asthme (Conti et Burton, 1994). Il ressort d'études récentes que le coût annuel moyen comportant les frais médicaux, pharmaceutiques et le coût de l'arrêt maladie, pour les actifs atteints de dépression pourrait être 4,2 fois plus élevé que pour un prestataire moyen (Birnbaum *et al.*, 1999). Cependant, il a également été mis en évidence que le coût du traitement de la dépression était totalement compensé par la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail. En outre, il a été établi que le coût du traitement permettant d'obtenir une rémission partielle ou complète de la dépression majeure avait diminué entre 1991 et 1996.

Si la charge de la dépression augmente, le coût de son traitement diminue, et la qualité des soins s'est améliorée avec le temps. Les pays développés comme les pays en développement peuvent et doivent procéder à des investissements spécifiques afin de prévenir et de guérir la dépression majeure.

Aux États-Unis, 5 à 6 millions de personnes de 16 à 54 ans perdent leur emploi ou ne recherchent pas d'emploi, ou encore ne trouvent pas d'emploi, en raison d'une maladie mentale. Quant à ceux qui parviennent à obtenir un emploi, on estime que la maladie mentale réduit leur revenu annuel de 3 500 à 6 000 dollars des États-Unis (Marcotte et Wilcox-Gok, 2001).

Au Royaume-Uni, une enquête menée en 1995 sur les personnes atteintes de psychose a mis en évidence que plus de la moitié d'entre elles étaient placées dans la catégorie des personnes souffrant d'une incapacité permanente, qu'un cinquième environ avaient un emploi et qu'une sur huit étaient au chômage (Patel et Knapp, 1997).

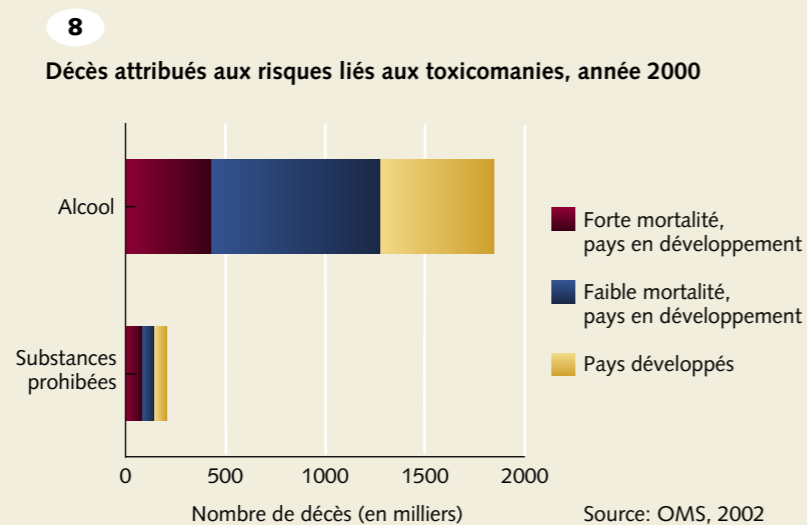
Le taux d'emploi des personnes souffrant simultanément de pathologies physiques et mentales est invariablement inférieur à celui des personnes uniquement atteintes d'un problème physique. Dans diverses enquêtes, selon les déclarations des personnes interrogées, le taux d'emploi des personnes souffrant à la fois de pathologies physiques et mentales était de 20% inférieur à celui des personnes uniquement atteintes d'un problème physique (McAlpine et Warner, 2002).

La charge des toxicomanies

- 76,3 millions de personnes souffrent de troubles liés à l'alcoolisme,
- 15,3 millions de personnes au moins souffrent de troubles liés à la consommation de drogue,
- 5 à 10 millions de personnes s'injectent de la drogue,
- 5% à 10% de toutes les nouvelles infections au VIH dans le monde résultent de l'injection de drogue,
- En 2000, plus de 1,8 million de morts étaient attribuées à des risques liés à l'alcool,
- En 2000, 205 000 morts ont été attribuées à la consommation de substances prohibées (Figure 8),
- Les Etats, les toxicomanes et leur famille supportent l'essentiel du fardeau économique de la consommation de drogue,
- Chaque dollar investi dans le traitement des toxicomanies permet d'économiser sept dollars en coûts sociaux et de santé.

L'abus d'alcool et d'autres substances constitue toujours l'un des plus graves problèmes de santé publique dans les pays développés comme dans les pays en développement. Dans le monde, l'alcool représentait 4% du total de la charge de morbidité en 2000.

Dans les pays d'**Amérique latine**, l'alcool constituait le principal facteur de risque de la charge mondiale de mor-



bidité en 2000. Sur 246 000 décès liés à l'alcoolisme dans la région (chiffres estimatifs), environ 61 000 étaient attribuables à des traumatismes intentionnels ou non intentionnels (OMS, 2002) qui auraient pu être évités. L'alcoolisme est également responsable de troubles neuropsychiatriques, d'actes de violence familiale, de mauvais traitements envers les enfants, de négligence des enfants et entraîne une perte de productivité.

En **Afrique du Sud**, selon Albertyn et McCann, 1993, 25% à 30% des admissions dans les centres hospitaliers étaient directement ou indirectement liés à l'alcoolisme et 60% à 75% des admissions dans les centres spécialisés de traitement des toxicomanies concernaient des problèmes d'alcool

ou de dépendance alcoolique. Près de 80% de tous les patients victimes ou auteurs d'agressions (hommes et femmes) accueillis dans des centres de traumatologie urbains à Cape Town étaient soit sous l'influence de l'alcool ou victimes d'actes de violence liés à l'alcool (Steyn, 1996). La plupart des victimes d'accidents de train ou de la circulation – piétons et conducteurs – présentaient un taux d'alcoolémie dépassant la limite autorisée (Van Kralingen *et al.*, 1991). Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est de loin la cause la plus courante d'incapacité mentale dans le pays (Department of Trade and Industry, 1997).

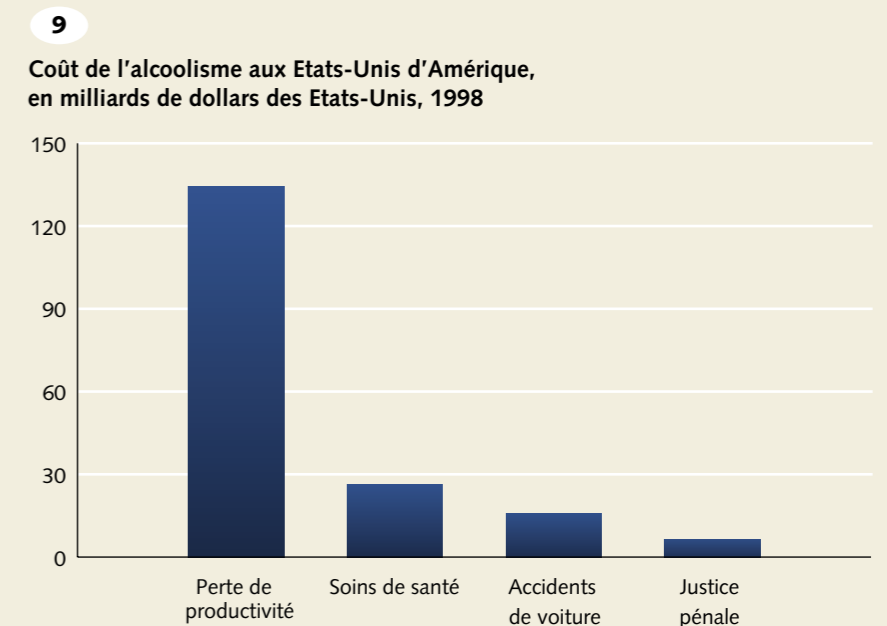
En **Asie**, on estime que les 18% de cas de problèmes sur le lieu de travail sont principalement dus aux toxicomanies (EAP, 2002). En Thaïlande, le pour-

centage de toxicomanes âgés de 12 à 65 ans varie de 8,6% à 25% selon les régions du pays, le pourcentage le plus élevé étant relevé dans le nord-est. En Nouvelle-Zélande (3,4 millions d'habitants), la perte de productivité due à l'alcoolisme dans la population active est estimée par an à 57 millions de dollars des Etats-Unis (Jones *et al.*, 1995).

Aux **Etats-Unis**, en 1998, le coût de l'alcoolisme a été estimé à 185 milliards de dollars des Etats-Unis (Hartwood, 2000). Plus de 70% de ce total, soit 134,2 milliards, sont attribués à une perte de productivité, chiffre qui englobe les pertes dues aux maladies liées à l'alcoolisme (87,6 milliards), aux morts prématurées (36,5 milliards) et aux crimes et délits (10,1 milliards). Les dépenses pour soins de santé représentent 26,3 milliards de dollars des Etats-Unis, dont 7,5 milliards consacrés au traitement de l'alcoolisme et de dépendance alcoolique et 18,9 milliards au traitement des conséquences néfastes pour la santé de la consommation d'alcool. Parmi les autres coûts estimatifs figurent les dommages matériels causés par les accidents de voiture liés à l'alcoolisme et les frais administratifs que ceux-ci entraînent (15,7 milliards), ainsi que le coût des procédures de justice pénale déclenchées par les infractions liées à l'alcoolisme (6,3 milliards) (Figure 9).

Au **Royaume-Uni**, environ 150 000 personnes sont hospitalisées chaque année pour des accidents et des maladies liées à l'alcoolisme. Tous les ans on enregistre jusqu'à 22 000 décès associés à l'alcool. Les décès de cirrhose du foie ont pratiquement doublé au cours de la dernière décennie. Un récent rapport officiel montre que l'alcoolisme coûte au moins 20 milliards de livre sterling par an au pays. Il ressort de cette étude que la «gueule de bois» et les maladies liées à l'alcoolisme font perdre chaque année

17 millions de journées de travail. Celles-ci coûtent 6,4 milliards de livres sterling à l'employeur britannique. Dans les hôpitaux publics, une journée-lit sur 26 est affectée aux maladies liées à l'alcoolisme, le coût annuel de ces hospitalisations se chiffrent pour le contribuable à 1,7 milliard de livre sterling. Le coût de l'élucidation des crimes et délits liés à l'alcoolisme s'élève en outre à 7,3 milliards de livres sterling, auxquels il faut ajouter le coût social de l'alcool, soit 6 autres milliards de livres sterling.



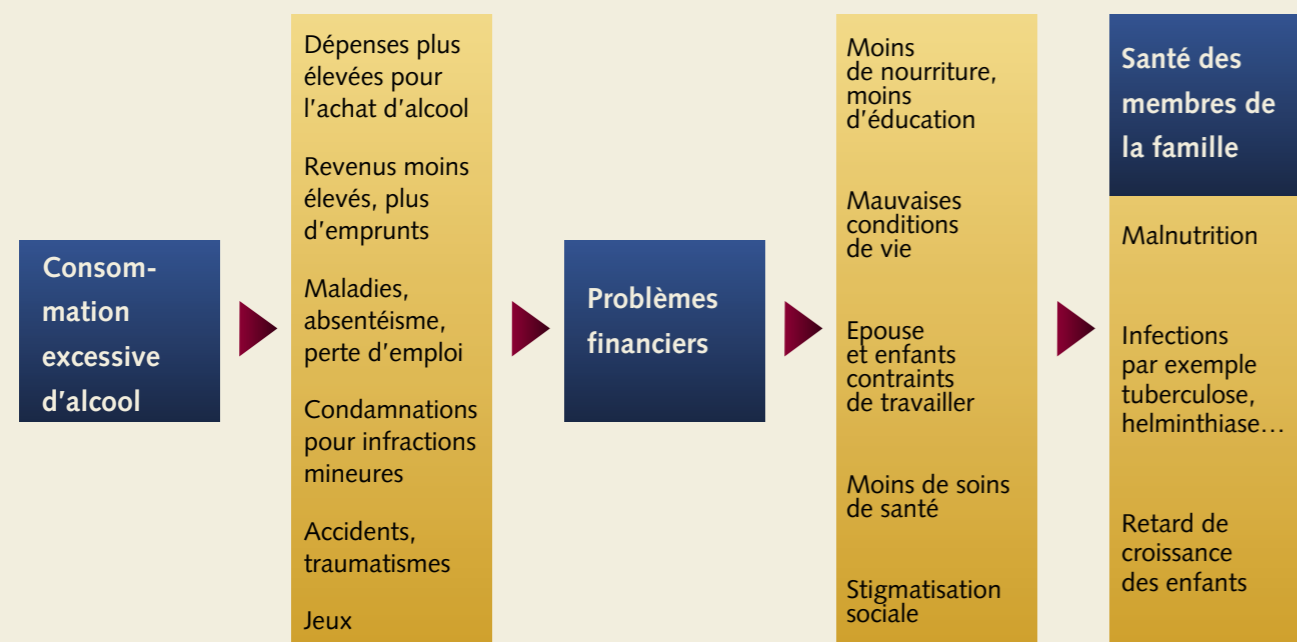
Source: Harwood, 2000

Les maladies liées à l'alcoolisme et à la toxicomanie représentent donc un grave problème public. Elles nuisent au développement du capital humain et social et non seulement engendrent des coûts économiques, qui pèsent sur la société tout entière, et

notamment sur le système de santé, mais ont aussi un coût social puisqu'elles sont responsables de traumatismes, de violence et de crimes. Elles compromettent en outre le bien-être des générations à venir (Figure 10).

10

Consommation excessive d'alcool et santé de la famille



Troubles mentaux et pauvreté sont indissociablement liés en un cercle vicieux: il faut appréhender le problème dans sa globalité

Les troubles mentaux sont coûteux puisqu'ils exigent de longs traitements et entraînent une perte de productivité: ces troubles contribuent donc indéniablement à appauvrir les malades et leur famille. Par ailleurs, nous savons que des facteurs tels que l'insécurité, un bas niveau d'éducation, de mauvaises conditions de logement et la malnutrition contribuent à l'apparition de troubles mentaux courants. Il a été prouvé que, dans une population, la prévalence de la dépression est d'une fois et demie à deux fois plus élevée parmi les groupes à bas revenu. On peut donc considérer que la pauvreté est un facteur jouant un rôle important dans l'apparition de troubles mentaux, et inversement. Les troubles mentaux et la pauvreté sont ainsi liés en un cercle vicieux (Figure 11), et ont des répercussions sur plusieurs dimensions du développement social et individuel.

Emploi

Les chômeurs et les personnes en recherche d'emploi ont davantage de symptômes dépressifs que celles qui ont un emploi (Bolton et Oakley, 1987, Kessler *et al.*, 1989, Simon *et al.*, 2000). En outre, les personnes ayant fait l'objet d'un licenciement ont deux fois plus de risque de souffrir de dépression que celles qui ont conservé leur emploi. (Dooley *et al.*, 1994).

Education

Les recherches ont montré qu'il existe un lien très net entre la prévalence des troubles mentaux courants et un bas niveau d'éducation (Patel et Kleinman, 2003). En outre, un bas niveau d'éducation rend l'accès à la plupart des emplois qualifiés impossible, accroît la vulnérabilité et l'insécurité et contribue à la persistance d'un faible capital social. L'analphabétisme tout comme l'illettrisme et la maladie empêchent donc de sortir de la pauvreté.

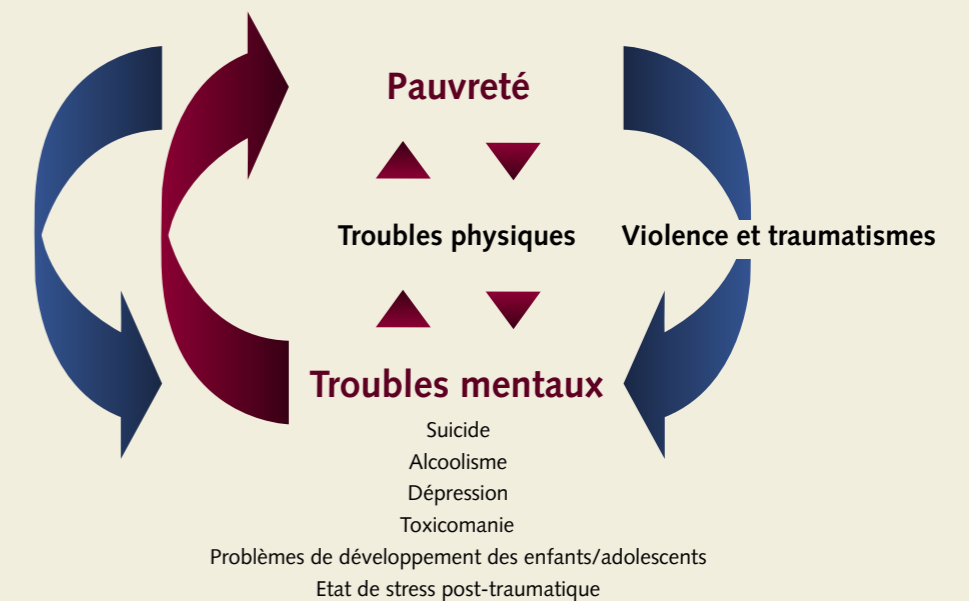
Violence et traumatisme

Dans les groupes humains vivant dans la pauvreté, la violence et les mauvais traitements ne sont pas rares. Ces comportements ont des répercussions sur le bien-être mental en général, et peuvent entraîner des troubles mentaux chez les personnes les plus vulnérables.

Seuls des investissements bien ciblés et structurés dans le domaine de la santé mentale permettront de briser le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux, et ainsi de faire reculer la pauvreté qui entrave le développement.

11

Pauvreté et troubles mentaux: un cercle vicieux



Promouvoir la santé mentale, prévenir et prendre en charge la maladie mentale

De nombreuses actions peuvent être menées pour alléger le fardeau des troubles mentaux, éviter les morts prématurées et promouvoir la santé mentale dans le monde.

Pour réduire la charge de morbidité croissante des troubles mentaux et éviter des années vécues dans l'incapacité et des morts prématurées, il faut accorder la priorité à la prévention et à la promotion de la santé mentale. Les stratégies de prévention et de promotion peuvent servir tout autant à des cliniciens qui les destinent à des patients individuels qu'à des responsables de programmes de santé

publique ciblant de grands groupes de population. Une bonne intégration des programmes de prévention des maladies mentales et de promotion de la santé mentale dans l'ensemble des stratégies de santé publique permettra d'éviter des morts prématurées, de faire reculer la stigmatisation qui frappe les personnes atteintes de troubles mentaux et d'améliorer l'environnement économique et social.

Est-il possible de promouvoir la santé mentale et d'éviter les troubles mentaux?

Dans la gamme des interventions dont on dispose dans le domaine de la santé mentale, les actions de prévention et de promotion sont devenues réalistes et reposent sur des bases factuelles. Elles s'appuient sur des connaissances de plus en plus

nombreuses provenant de champs aussi divers que la psychologie du développement, la psychobiologie, la prévention et les sciences de la promotion de la santé (OMS, 2002). Les recherches ont également montré que les programmes de prévention et de promotion permettaient des économies considérables bénéficiant à la société tout entière (Rutz *et al.*, 1992).

Promotion de la santé mentale

La promotion de sa santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986). Il s'agit donc bien d'une amélioration de la qualité de la vie et du potentiel de bonne santé et non pas uniquement d'une amélioration de symptômes (Secker, 1998). Des facteurs psychosociaux influent sur certains comportements sanitaires (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme, consommation de drogues, consommation excessive d'alcool et pratiques sexuelles à risque, par exemple) et ont de larges répercussions dans le domaine de la santé (OMS, 2002).

Des recherches transculturelles de plus en plus nombreuses mettent en

évidence que divers facteurs psychologiques, sociaux et comportementaux peuvent protéger la santé, venant ainsi à l'appui d'une approche positive de la santé mentale. Cette protection facilite la résistance aux maladies ou la résilience, réduit le risque d'apparition d'incapacités ou retarde cette apparition et favorise un rétablissement plus rapide après une maladie (OMS, 2002). Diverses études ont porté sur ces questions, mettant par exemple en lumière que l'allaitement au sein favorise l'établissement d'un lien d'attachement entre le nourrisson et sa mère, dont l'action est extrêmement bénéfique pour le développement de l'enfant (action en faveur de l'allaitement maternel: Initiative

conjointe « Hôpitaux amis des bébés» OMS/UNICEF, Naylor, 2001). D'autres travaux ont consisté en interventions en milieu scolaire destinées à favoriser l'estime de soi, les aptitudes utiles pour la vie, le comportement prosocial, les résultats scolaires et le climat général.

Il a été établi que divers facteurs psychosociaux jouent un rôle protecteur chez l'adulte, et notamment: avoir des liens d'attachement solides, une conception optimiste de l'existence avec des buts et des motivations, savoir affronter efficacement les difficultés de la vie, sentir que l'on maîtrise les aléas de la vie, avoir des relations sociales de qualité, exprimer ses émotions de manière positive et être bien intégré sur le plan social.



Photo: © OMS, P. Viot

Quand peut-on commencer à intervenir pour prévenir les troubles mentaux?

Les visites à domicile de personnels infirmiers ou d'agents de santé locaux pendant la grossesse ou après l'accouchement se sont révélées extrêmement efficaces sur la durée pour prévenir le défaut de soins aux enfants, les mauvais traitements, les problèmes psychologiques et comportementaux chez l'enfant et la dépression post-natale chez la mère (Olds *et al.*, 1988). Il est possible de prévenir un retard du développement intellectuel en enseignant à la mère le suivi précoce de la croissance et du développement du nourrisson de

faible poids à la naissance et en lui fournissant des conseils sur les soins maternels adaptés. Des programmes de stimulation précoce permettent à la mère de prévenir le retard de développement que l'on rencontre souvent chez le nourrisson prématuré, et d'améliorer sa croissance et son comportement (OMS, 1998). Grâce à ces programmes, il est par ailleurs possible de réduire le nombre de journées d'hospitalisation (Fields *et al.*, 1986), et ainsi de réaliser des économies. Les compléments alimentaires se sont aussi révélés utiles pour prévenir

les troubles neuropsychiatriques. Par exemple, le programme d'apport alimentaire en iode grâce à l'iodation du sel ou de l'eau de boisson (recommandée par l'OMS, 1996; 2001) peut permettre de prévenir le crétinisme ainsi que d'autres troubles liés à la carence en iode (Sood *et al.*, 1997; Mubbashar, 1999). Il est en outre possible qu'un apport iodé ait un effet positif sur le niveau d'intelligence des populations apparemment en bonne santé habitant dans des zones où l'on observe une carence en iode (Bleichrodt et Born, 1994).

Les stratégies de prévention continuent à être utiles pendant l'enfance et l'adolescence

Les interventions préventives permettent de faire diminuer sur la durée la dépression, le sentiment de désespoir, les comportements agressifs et délinquants, l'alcoolisme et les toxicomanies, (Schweinhart et Weikart, 1992; OMS, 1993; Bruene-Butler *et al.*, 1997; Shochet *et al.*, 2001). Des

études ont montré qu'une formation dispensée aux enseignants et aux parents permettait d'améliorer le dépistage des problèmes et de faciliter des interventions adaptées.

Agir à temps

Les interventions psychosociales, telles que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie familiale pour les enfants à haut risque, permettent de prévenir l'apparition de troubles de l'anxiété (Dadds *et al.*, 1997) et de diminuer les symptômes dépressifs et réduire les problèmes de conduite (Jaycos *et al.*, 1994). La dépression de l'adolescence présente un risque élevé de réapparition à l'âge adulte et est également associée au risque de problèmes de personnalité ou de troubles de la conduite.

Il est possible de prévenir la majorité des suicides et des tentatives de suicide chez l'enfant d'âge scolaire à l'aide d'un programme global de prévention scolaire approprié, comportant des modifications de la politique scolaire, une formation des enseignants, une éducation des parents, la gestion du stress, un programme tendant à inculquer des compétences psychosociales, et la mise en place d'une équipe de crise dans chaque école (Zenere et Lazarus, 1997).



Véliana, 6 ans, Bulgarie

En quoi la prévention peut-elle être utile aux adultes et aux personnes âgées?

Un grand nombre de travaux montrent que les stratégies de prévention améliorent le fonctionnement relationnel en général, et en particulier, entre époux et au travail. L'éducation et l'apprentissage relationnels permettent d'atténuer les dysfonctionnements de couple et les difficultés sexuelles et de réduire le nombre de divorces et de mauvais traitements aux enfants, en particulier chez les jeunes couples (Renick *et al.*, 1992, Cowan et Cowan, 1992). Les programmes de soutien aux personnes frappées de deuil ou de veuvage peuvent contribuer à réduire les symptômes dépressifs et faciliter l'ajustement (Vachon *et al.*, 1980). De même, des études ont fait ressortir que les méthodes de gestion du stress et la formation à la gestion du stress au travail pour les professions à risque (personnels infirmiers, conducteurs d'autobus, enseignants, travailleurs manuels) peuvent être très utiles. On constate aussi que les demandeurs d'emploi bénéficiant d'un soutien et d'un accompagnement appropriés faisaient mieux face à leur situation, souffraient moins de symptômes dépressifs et retrouvaient plus facilement du travail (Vinokur *et al.*, 1992). Les réductions d'effectifs et la perte d'emploi qui en découle peuvent entraîner la dépression, l'anxiété et de nombreux autres problèmes tels que l'alcoolisme, le stress conjugal et les mauvais traitements aux enfants, et peuvent même conduire au suicide.

On a constaté que la consultation médicale ainsi que d'autres formes d'interventions courtes sont efficaces dans la lutte contre l'alcoolisme (Babor et Grant, 1992). On commence aussi à utiliser les interventions courtes pour faire reculer le tabagisme (Kottke *et al.*, 1988). Les stratégies de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies à l'aide de campagnes grand public, et notamment d'étiquettes d'avertissements sur les méfaits de l'alcool, ont eu de bons résultats et ont permis de mieux sensibiliser l'opinion (MacKinnon *et al.*, 2000). De même, les programmes d'intervention associatifs destinés à lutter contre le tabagisme féminin, qui s'appuient au niveau local sur une coalition, des équipes spéciales et des groupes de soutien, contribuent à faire reculer le tabagisme (Secker-Walker *et al.*, 2000).

Là où la décision a été prise de rendre obligatoire le casque protecteur pour cycliste, on a observé une nette réduction des blessures à la tête qui peuvent entraîner des séquelles neurologiques et mentales (Cameron *et al.*, 1994). Des programmes cognito-comportementaux courts destinés aux victimes d'accidents industriels ou de véhicules (Fecteau et Nicki, 1999; Bryant *et al.*, 1998) sont utiles pour prévenir et gérer le trouble de stress post-traumatique.

Prévention du comportement suicidaire

La prévention des suicides et des tentatives de suicide pose un ensemble de problèmes de santé publique. D'une part, toutes les tranches d'âge comprises entre le début de l'adolescence et la fin de la vie sont concernées par le risque. D'autre part, le risque de comportement suicidaire varie fortement en fonction de divers facteurs socio-culturels (notamment l'âge, le sexe, la religion, le statut socio-économique) et de l'état mental.

Le comportement suicidaire est en outre influencé par l'accessibilité aux moyens du suicide. La diversité des méthodes employées exige une intégration de différentes actions au sein de la population afin d'obtenir des résultats montrant leur efficacité.

Les meilleurs travaux disponibles dans ce domaine (OMS, 1998) font apparaître que les interventions suivantes se sont révélées efficaces pour prévenir certaines formes de comportement suicidaire:

- Limitation de l'accès aux substances toxiques (notamment aux pesticides

dans les zones rurales de certains pays asiatiques),

- Détoxification du gaz à usage domestique et des gaz d'échappement,
- Traitement des personnes atteintes de troubles mentaux (notamment la dépression, l'alcoolisme et la schizophrénie),
- Limitation de l'accès aux armes à feu et
- Adoption d'un ton plus modéré dans les articles de presse consacrés aux suicides.



Hoang Gia, 9 ans, Vietnam

Traitement des troubles mentaux: efficacité et intérêt économique

Une prise de conscience croissante de l'importance de la santé mentale en tant que problème international de santé publique a fait naître le besoin de démontrer que l'investissement de ressources dans la mise en place de services n'est pas seulement nécessaire mais présente également un intérêt économique. Plus précisément, il est important de réunir des données sur des stratégies de soins de santé men-

tales efficaces et adaptées qui soient également économiques et durables.

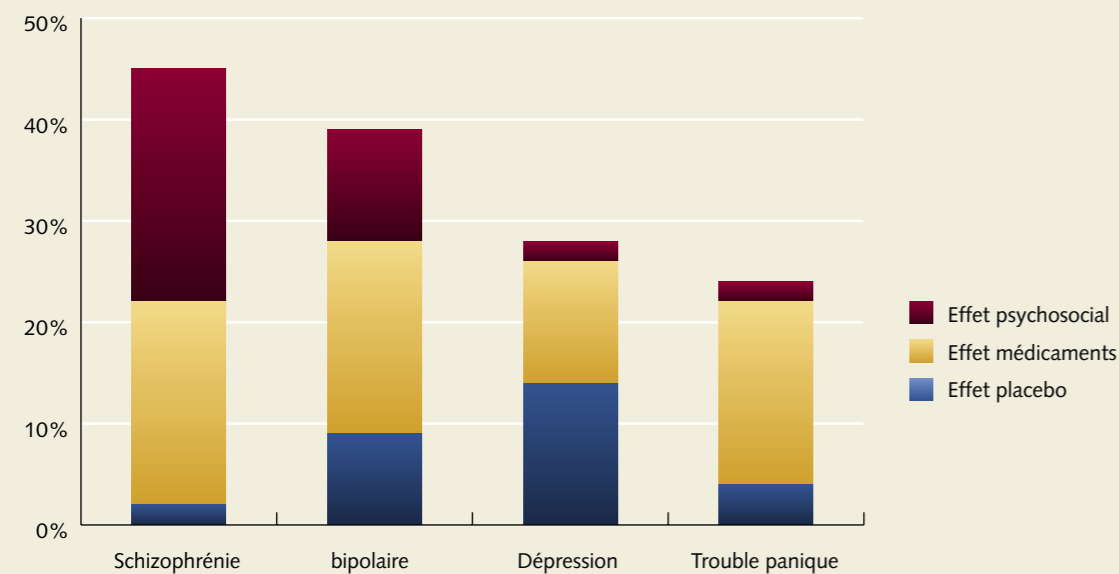
Bien que le nombre de travaux dans ce domaine soit encore restreint, notamment pour ce qui concerne les pays à bas ou moyen revenu, on dispose d'un volume croissant de données économiques tendant à prouver que pour la schizophrénie, la dépression et d'autres troubles mentaux,

les interventions sont non seulement disponibles et efficaces, mais également abordables et d'un bon rapport coût-efficacité.

12

Effets des traitements sur l'incapacité

Pourcentage total d'amélioration de l'incapacité



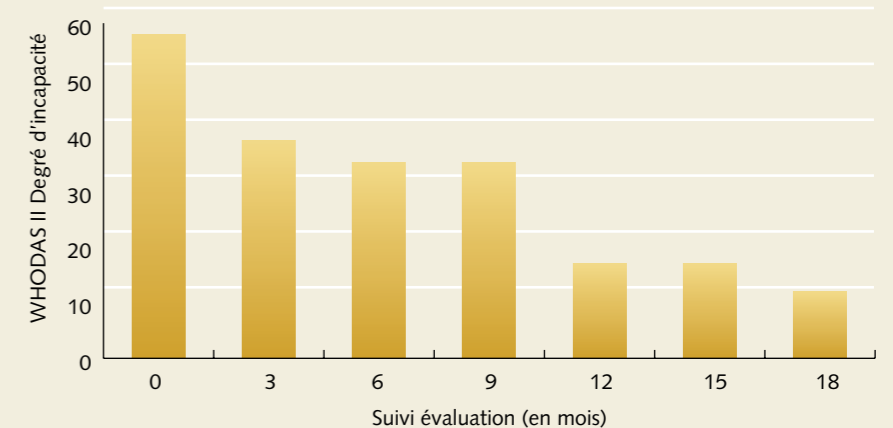
Quelle est l'efficacité des traitements de maladies psychiatriques lourdes?

On dispose d'un grand nombre de recherches sur l'efficacité d'un large éventail de stratégies de prise en charge pharmacologique et psychosociale et de soins pour le traitement des troubles psychiatriques et des toxicomanies. La Figure 12 (page précédente) illustre la réduction de l'incapacité résultant d'un traitement pharmacologique et psychosocial, en monothérapie ou en traitement associé. Comme on peut le voir, le traitement peut apporter jusqu'à 50% d'amélioration. Ainsi, si les interventions existantes ne permettent pas de guérir totalement l'incapacité liée à la maladie, elles constituent un net progrès par rapport à l'absence de traitement, qui est malheureusement courante. Cette constatation soulève la question du coût de ces progrès en matière de traitement.

La Figure 13 illustre l'incidence d'un traitement dispensé par une antenne de soins de proximité (médicaments à bas prix et soutien psychosocial de base) sur le fardeau économique et l'incapacité liés à la schizophrénie non traitée en Inde. Non seulement l'incapacité a très considérablement diminué, mais le coût global de la maladie (dans lequel était comptabilisé le temps consacré aux soins du malade par un membre de la famille) a également diminué. Ces effets se sont maintenus pendant une période de suivi de 18 mois.

13

Traitement de la schizophrénie en Inde rurale Modification du degré d'incapacité à la suite d'un traitement dispensé par une antenne de soins de proximité à des malades auparavant non traités.



Combien coûte un traitement efficace?

Le peu de ressources disponibles dans les pays en développement pour traiter les problèmes de santé mentale, par rapport aux besoins de la population atteinte, a été mis en lumière par le projet OMS ATLAS (OMS, 2001). Il est indispensable que, dans

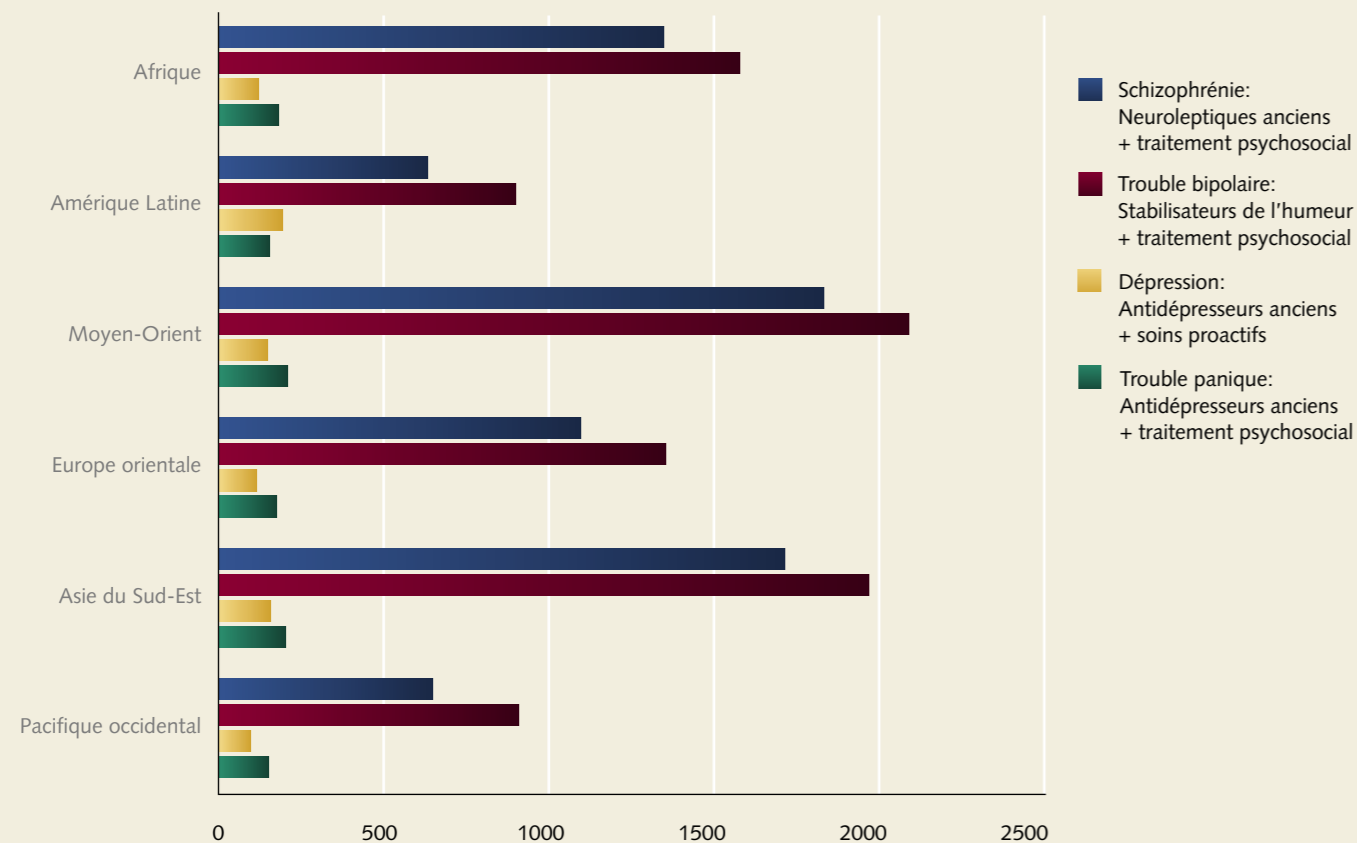
les régions du monde en développement, les politiques nationales de la santé mentale fassent appel à une approche plus factuelle – actuellement encore peu répandue – de la planification budgétaire, de l'allocation des ressources et du développement de

services. C'est pourquoi l'OMS a lancé le projet WHO-CHOICE de collecte au niveau mondial de données factuelles, et notamment de l'estimation du coût et de l'efficacité de stratégies clés très diverses de traitements des troubles mentaux lourds.

14

Coût annuel du traitement psychiatrique, par cas (ou épisode), évalué à partir de données factuelles

Coût par cas traité (en dollar international, 1\$)



La Figure 14 ci-contre illustre le coût estimatif d'un traitement de première intention de la schizophrénie et du trouble bipolaire sur la base de consultations externes à l'hôpital, ainsi que le coût des soins primaires de la dépression et du trouble panique, évalué à partir d'une estimation de l'utilisation des ressources en soins de santé nécessaires pour obtenir la réduction attendue de l'incapacité. Le coût est exprimé en dollar international (1\$), lequel tient compte du pouvoir d'achat dans différents pays. Il est clair que les maladies psychiatriques plus graves telles que la schizophrénie exigent des apports en ressources nettement plus importants (essentiellement parce qu'une partie des cas doivent être hospitalisés ou placés en établissement hors de l'hôpital). En revanche, le coût d'un traitement efficace d'un épisode de dépression varie selon les estimations entre 100 à 150 \$.

L'efficacité par rapport au coût ne devrait constituer qu'un des critères utilisés dans le processus décisionnel en matière de financement de la prévention et du traitement des troubles mentaux.

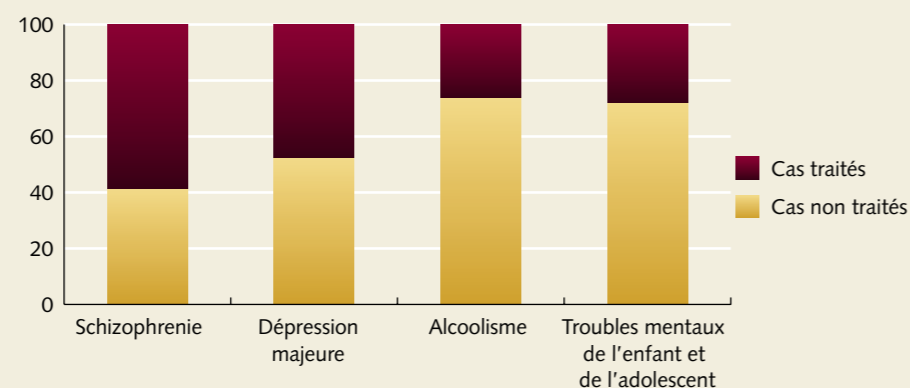
D'autres éléments d'appréciation devraient entrer en jeu à côté de l'évaluation économique. Par exemple:

- Les malades mentaux risquent davantage d'être victimes de violation des droits humains et sont davantage susceptibles de souffrir de discrimination en matière d'accès aux traitements et aux soins.
- La prévention/le traitement des maladies mentales contribue à la réalisation d'objectifs dans le domaine de la santé physique. On peut entre autres noter:
 - une réduction du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile lorsque la dépression postnatale est mieux traitée,
 - une réduction des taux d'infection par le VIH/SIDA chez les 17-24 ans, les pratiques sexuelles à risque et la toxicomanie diminuant avec l'amélioration de la santé mentale,
 - une meilleure observance des traitements contre les autres maladies (comme la tuberculose, le VIH/SIDA, l'hypertension, le diabète et le cancer).
- Lorsque les malades sont traités, le poids des soins dispensés par les proches est allégé, les soignants bénéficient d'une meilleure qualité de vie, le nombre de journées de travail perdues baisse et la perte de revenu est donc moins importante.
- Les employeurs des soignants bénéficient d'une meilleure atmosphère de travail, les absences sont moins nombreuses et la productivité meilleure.
- Le gouvernement retire un avantage des réductions de transferts de coûts et de paiements.
- La santé mentale est un facteur clé pour le succès de programmes de développement durable et de réduction de la pauvreté.

L'écart entre la charge de morbidité des troubles mentaux et les ressources disponibles

15

Ecart entre le nombre de cas traités et le nombre de cas non traités, en pourcentage, par trouble mental (monde)



Bien que les troubles mentaux et cérébraux et les toxicomanies puissent être efficacement traités à l'aide de médicaments et d'interventions psychosociales, seule une petite minorité de malades mentaux bénéficient d'un traitement, même très rudimentaire. Les personnes souffrant de troubles attendent fréquemment plusieurs années avant d'entreprendre un traitement. Dans les pays développés dotés de systèmes de soins de santé bien organisés, 44% à 70% des cas de dépression, de schizophrénie, d'alcoolisme et de maladies mentales de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas traités (Figure 15). Dans les pays

en développement où l'écart entre le nombre de cas traités et de cas non traités est probablement de l'ordre de 90% pour ces maladies, la plupart des individus souffrant de graves troubles mentaux se débrouillent par eux-mêmes du mieux qu'ils le peuvent.

Dans le monde, plus de 40% des pays n'ont pas de politique de la santé mentale et plus de 30% n'ont aucun programme de santé mentale. Plus de 90% des pays n'ont pas de politique de la santé mentale englobant les enfants et les adolescents. Le paiement direct est la première méthode de financement des soins de santé

mentale dans de nombreux pays (16,4%). Même dans les pays qui possèdent une couverture maladie, il est fréquent que les troubles mentaux et comportementaux ne soient pas pris en charge au même niveau que les autres maladies. Les malades et leur famille se retrouvent de ce fait confronté à d'importantes difficultés économiques.

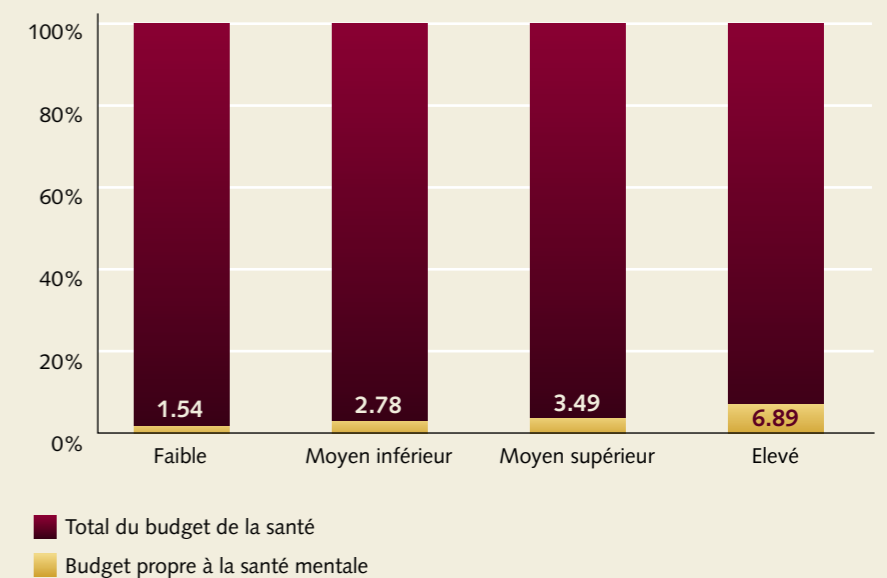
Le budget de la santé mentale dans les pays à bas revenu est inexistant ou inadéquat

Bien qu'il soit essentiel de disposer d'un budget distinct pour la santé mentale au sein du budget global de la santé, 32% des pays ayant participé au projet ATLAS (OMS, 2001) ont déclaré ne pas posséder de budget national propre à la santé mentale. Sur le total des pays ayant déclaré posséder un budget propre à la santé mentale, 36,3% consacraient à la santé mentale moins de 1% du total du budget de la santé. Les pays, répartis selon leur niveau de revenu (classification de la Banque mondiale), varient considérablement pour ce qui est du pourcentage du total du budget de la santé qu'ils consacrent à la santé mentale (Figure 16). Les pays les

plus pauvres ont un petit budget de la santé et consacrent un pourcentage moins élevé à la santé mentale, qui ne dispose de ce fait que de très peu de ressources. Des prestations de soins de santé mentale médiocres se traduisent pour les malades par des résultats thérapeutiques médiocres, des rechutes qui auraient pu être évitées et une réinsertion insuffisante.

16

Budget propre à la santé mentale en pourcentage du total du budget de la santé des pays classés par niveau de revenu (classification de la Banque mondiale)

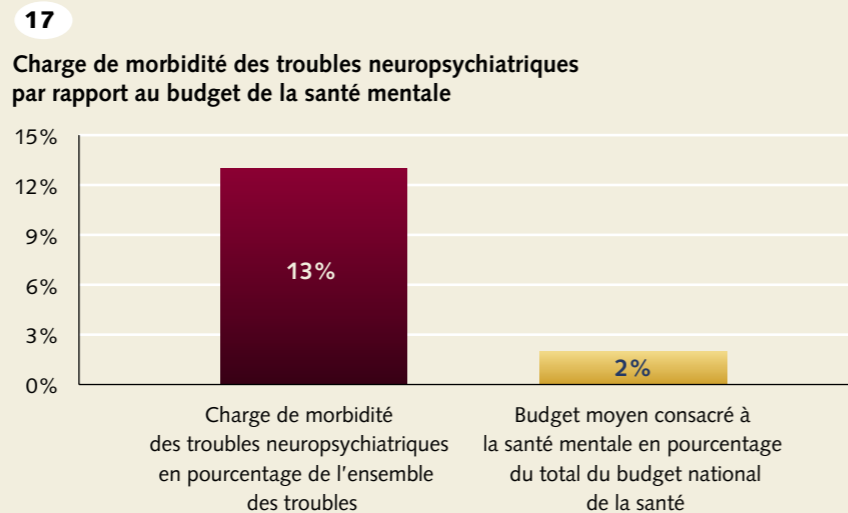


Le rapport entre la charge de morbidité des troubles mentaux et les dépenses de santé mentale est manifestement disproportionné.

Il est urgent d'agir pour réduire le nombre de cas non traités et éliminer les obstacles qui empêchent les malades de bénéficier de soins adaptés.

Le fossé entre la charge de morbidité des troubles neuropsychiatriques et les budgets de la santé mentale

On estime que les troubles mentaux et comportementaux représentent 13% de la charge de morbidité globale. Néanmoins, en moyenne, les pays ne consacrent à leur budget de santé mentale que 2% du total de leurs dépenses de santé (Figure 17).



Il existe de nombreux obstacles empêchant les malades d'avoir accès à des soins de santé mentale adaptés

Stigmatisation

Partout dans le monde, de nombreux malades mentaux sont persécutés en raison de leur maladie et sont les victimes de discrimination et d'injustice. Souvent, la maladie diminue leurs chances de trouver un logement ou un emploi et les possibilités normales offertes par la société leur sont refusées.

Les assurances maladie ne couvrent pas les troubles mentaux comme les autres risques

Dans de nombreux pays, les troubles mentaux ne sont pas couverts par les dispositifs d'assurance-maladie. De ce fait, de nombreux malades ne peuvent se faire soigner, les traitements étant inabornables pour eux. Un quart de tous les pays ne prévoient aucune prestation pour invalidité en cas de maladie mentale. Un tiers de la population mondiale – 2 milliards de personnes – vivent dans des pays qui consacrent moins de 1% de leur budget de la santé à la santé mentale.

Manque de médicaments

Si 85% des pays pratiquent une politique nationale des médicaments essentiels pour leurs achats de médicaments, près de 20% des pays ne disposent même pas des trois médicaments de base les plus largement prescrits (un antidépresseur, un neuroleptique et un antiépileptique) au niveau des soins de santé primaires.

Mauvais choix

Trop de pays (essentiellement des pays développés) consacrent encore l'essentiel de leurs ressources à quelques grands hôpitaux psychiatriques qui concentrent leurs efforts uniquement sur un petit pourcentage des malades nécessitant un traitement. En outre, ces établissements dispensent généralement des soins de qualité médiocre et les conditions d'hospitalisation et de traitement sont souvent inhumaines.

Manque de qualifications au niveau des soins de santé primaires

Trop peu de médecins et de personnels infirmiers savent reconnaître et correctement traiter les troubles mentaux. Dans 41% des pays, il n'existe pas de programmes de formation en santé mentale à l'intention des professionnels intervenant en soins de santé primaires.

Absence de législation et de politiques rationnelles et globales dans le domaine de la santé mentale

- 40% des pays ne possèdent pas de politique de la santé mentale
- 25% des pays n'ont pas de législation de la santé mentale et
- 30% des pays n'ont pas de programme national de santé mentale

Le Programme mondial d'action de l'OMS pour la santé mentale (mhGap)

Campagnes de sensibilisation, information, mise en place de politiques et recherche: ces mots clés définissent les grands axes du nouveau programme mondial de l'OMS pour la santé mentale, qui s'est fixé pour but de réduire la proportion de malades non soignés.

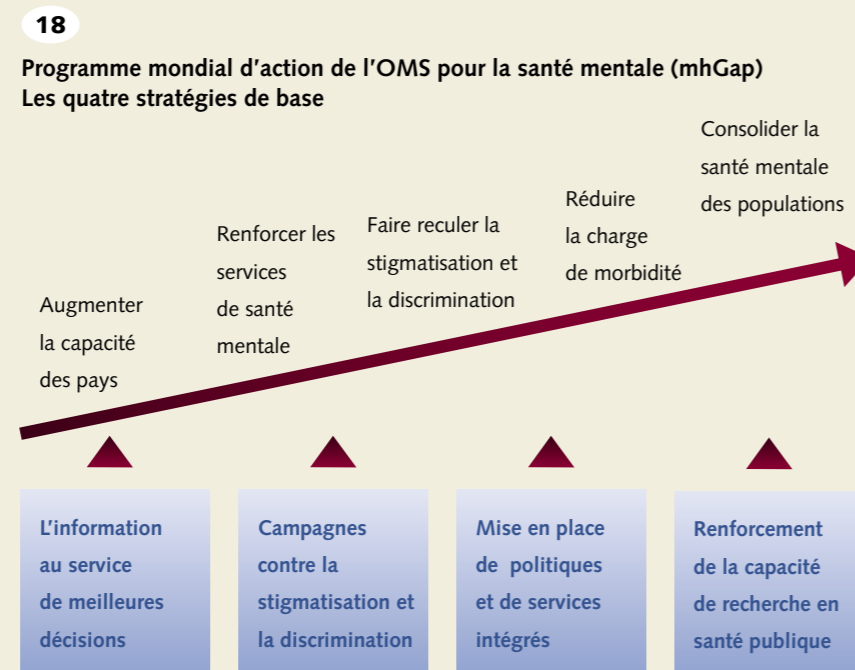
2001: Année de la santé mentale

L'OMS a déclaré 2001 l'Année de la santé mentale et, cette année-là, la Journée mondiale de la santé a connu un éclatant succès. Plus de 150 pays ont organisé de grandes manifestations, parmi lesquelles d'importants discours prononcés par des dirigeants politiques et l'adoption de nouveaux programmes et d'une nouvelle législation de santé publique.

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2001, plus de 130 ministres ont réagi positivement par un message clair et sans équivoque: la santé

mentale, trop longtemps négligée, est capitale pour le bien-être des personnes, des sociétés et des pays, et doit être universellement envisagée sous un jour nouveau. En 2001, le Rapport sur la santé dans le monde a été consacré à la santé mentale, et ses 10 recommandations ont été reçues de manière positive par tous les Etats Membres.

Le **Programme mondial d'action de l'OMS pour la santé mentale (mhGap)** fait suite aux manifestations qui se sont déroulées en 2001. Il constitue un nouvel et ambitieux effort de l'OMS pour concrétiser les recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001. Le programme repose sur quatre stratégies (Figure 18) qui devraient contribuer à consolider la santé mentale des populations.



Stratégie 1

Augmenter et améliorer l'information nécessaire à la prise de décision et le transfert de technologie afin d'augmenter la capacité des pays

L'OMS recueille des données relatives à l'ampleur et à la charge de morbidité des troubles mentaux dans le monde et aux ressources (humaines, financières, socioculturelles) dont disposent les pays pour faire face au fardeau que constituent les troubles mentaux. L'Organisation diffuse les connaissances et les technologies du domaine de la santé mentale afin que les pays puissent prendre des mesures préventives et promouvoir des traitements adaptés aux troubles mentaux et neurologiques et aux toxicomanies.

Stratégie 2

Sensibiliser l'opinion aux troubles mentaux par l'éducation et par des campagnes contre la discrimination et des actions en faveur d'un plus grand respect des droits humains.

L'Organisation mondiale de la Santé a lancé le premier partenariat mondial de toutes les parties prenantes dans le domaine de la santé mentale: le Conseil mondial pour la Santé mentale. Ce Conseil servira de forum de la santé mentale. Il suscitera et soutiendra des activités visant à favoriser la concrétisation dans toutes les régions des 10 recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001. Les ONG professionnelles, les membres des familles et les groupes de consommateurs, les autorités religieuses, les parlementaires, les organisations syndicales et professionnelles ont tous déclaré avec enthousiasme souhaiter poursuivre les activités pour l'amélioration de la santé mentale dans le cadre de ce lieu d'échange, sous la conduite de l'OMS.

Le Conseil exécutif, à sa séance de janvier 2002, a adopté une résolution relative à la santé mentale encourageant l'intensification des activités dans ce domaine. La résolution apporte un appui énergique au Programme mondial d'action de l'OMS pour la santé mentale (mhGap) et invite instamment les Etats Membres à agir. L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé cette résolution à l'unanimité en mai 2002.

Stratégie 3

Aider les pays à concevoir des politiques et à mettre en place des services de santé mentale complets et efficaces. La pénurie de ressources impose un usage rationnel de ces services.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2001 et l'Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001 ont mis en lumière la situation peu satisfaisante des soins de santé mentale dans de nombreux pays, notamment dans les pays en développement. L'OMS fournit une assistance technique aux ministères de la santé qui élaborent des politiques et mettent au point des services de santé mentale. Il est prioritaire de renforcer les capacités nationales pour consolider la santé mentale des populations.

L'OMS a conçu un guide d'information sur les politiques et les services de santé mentale répondant à des priorités et des besoins très divers dans le domaine de l'élaboration de politiques et de la planification de services, ainsi qu'un manuel pratique pour réformer et mettre en œuvre une législation de la santé mentale.

Pour permettre la concrétisation des plans, l'OMS adapte actuellement le niveau et les types de mise en œuvre au niveau général de ressources des pays. Dans le cas particulier des pays en développement, où le fossé entre les besoins en santé mentale et les ressources disponibles est le plus large, l'OMS offrira aux pays groupés selon trois niveaux de ressources au moins (faible, moyen et relativement élevé), des groupes différenciés «d'objectifs atteignables» à mettre en œuvre (Gap Reduction Achievable National Targets/GRANTS). Ces groupes rassemblent un minimum requis d'actions réalisables à entreprendre pour se conformer aux 10 recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001. La réalisation des objectifs fixés influera sur les résultats tant sanitaires que sociaux, c'est-à-dire sur la mortalité par suicide ou par alcoolisme ou toxicomanie, sur la morbidité et l'incapacité imputables aux principaux troubles mentaux, sur la qualité de vie et enfin sur les droits humains.

Stratégie 4

Renforcer le potentiel local de recherche publique en santé mentale dans les pays pauvres.

Outre les campagnes de sensibilisation, l'aide en matière de politiques de la santé mentale, le transfert de connaissances, le programme mhGap présente en détail le rôle actif que l'information et la recherche devraient jouer dans les efforts multidimensionnels requis pour combler le fossé actuel au niveau des pays.

L'OMS cherche actuellement à promouvoir cette stratégie au niveau des pays à l'aide de divers projets et activités, et notamment de programmes de bourses universitaires destinées aux pays en développement. Un projet portant sur le rapport coût-efficacité des stratégies de santé mentale est en cours de mise en œuvre dans certains pays sélectionnés. Il fournira des estimations réelles sur le coût et les avantages des interventions de santé mentale. Ces estimations seront ensuite utilisées pour renforcer les services de santé mentale au niveau des pays.

Agir pour une meilleure santé mentale: les possibilités d'action sont nombreuses, chacun peut apporter sa contribution

Nous disposons de connaissances et d'une technologie nous permettant d'intervenir immédiatement et très largement. Les bénéfices retirés de ces interventions sont immenses puisqu'elles permettent de réduire l'incapacité et le nombre de morts prématurées.

Prévention des problèmes de santé mentale chez l'enfant

Soins mère-enfant

Des soins adaptés pendant la grossesse ainsi que pendant et après l'accouchement permettent d'éviter des troubles mentaux et cérébraux. La stimulation sociale dès la petite enfance favorise également un meilleur développement psychosocial et permet d'éviter les troubles affectifs et de conduite.

Programmes scolaires

Des interventions psychosociales pratiquées par des enseignants et des psychologues peuvent prévenir la dépression, les comportements agressifs et la toxicomanie chez l'enfant ou l'adolescent.

Prévention du suicide

Interventions dans le domaine du traitement médiatique du suicide

Les professionnels de la santé mentale peuvent mettre en place des codes de bonne conduite à l'intention des médias afin que les suicides ne soient pas exagérément médiatisés et que

d'autres suicides par effet de contagion soient ainsi évités.

Restriction de l'accès aux moyens de suicide

Il a été démontré que diminuer l'accessibilité des moyens de suicide (tels que les pesticides) pouvait constituer une prévention efficace. Une législation et des réglementations peuvent restreindre l'accès aux substances dangereuses.

Prévention des problèmes liés à l'alcool

Augmentation de la taxation

Une augmentation de la taxation des boissons alcoolisées entraîne une baisse uniforme des niveaux de consommation et, par conséquent, une nette diminution des problèmes liés à l'alcool.

Interventions brèves

Des modèles d'interventions brèves dans le cadre des soins de santé primaires se sont révélés efficaces pour la plupart des personnes souffrant de problèmes d'alcoolisme (25% de réduction de la consommation d'alcool).

Dépression

Repérage précoce des personnes atteintes de troubles dépressifs

Nous savons que même dans les pays à haut revenu, près de 50% des personnes atteintes de dépression ne sont pas repérées. Un repérage précoce

permet de traiter la dépression plus efficacement et d'éviter l'incapacité et le suicide.

Soins dispensés dans les services de santé primaires

Les troubles dépressifs peuvent être traités efficacement, dans la plupart des cas, à l'aide de médicaments courants et peu coûteux et de simples interventions psychosociales. Ces traitements sont possibles dans le cadre des services de santé primaires. Il suffit que le personnel ait suivi une formation de base et que les médicaments appropriés soient disponibles.

Schizophrénie

Traitement neuroleptique d'entretien
Une fois que la maladie a été diagnostiquée, un traitement est mis en place. Par la suite, dans la plupart des cas, le traitement devra se poursuivre sous la forme d'un suivi du patient et d'une médication d'entretien. Le traitement de la maladie, qui est peu coûteux, réduit considérablement l'incapacité et apporte une amélioration de la qualité de vie.

Rôle de la famille

La famille est au cœur de la prise en charge des troubles mentaux chroniques. De simples interventions auprès des familles peuvent grandement améliorer la qualité de vie du malade et celle de la famille tout entière. Et les rechutes peuvent être évitées.

Retard mental

Iodation du sel

L'utilisation de sel iodé est le moyen de prévention le plus efficace dans les régions affectées par une carence en iode. L'iodation du sel est une mesure

de santé publique peu coûteuse qui permet d'éviter à des millions d'enfants d'être atteints d'un déficit intellectuel durable.

Epilepsie

Campagnes de lutte contre la stigmatisation

La stigmatisation constitue l'obstacle majeur au traitement de l'épilepsie. Des campagnes de lutte contre la stigmatisation peuvent faire évoluer des mentalités et permettre ainsi à un plus grand nombre d'épileptiques d'avoir accès aux traitements dont ils ont besoin et d'être réintégrés dans le milieu scolaire et le tissu social.

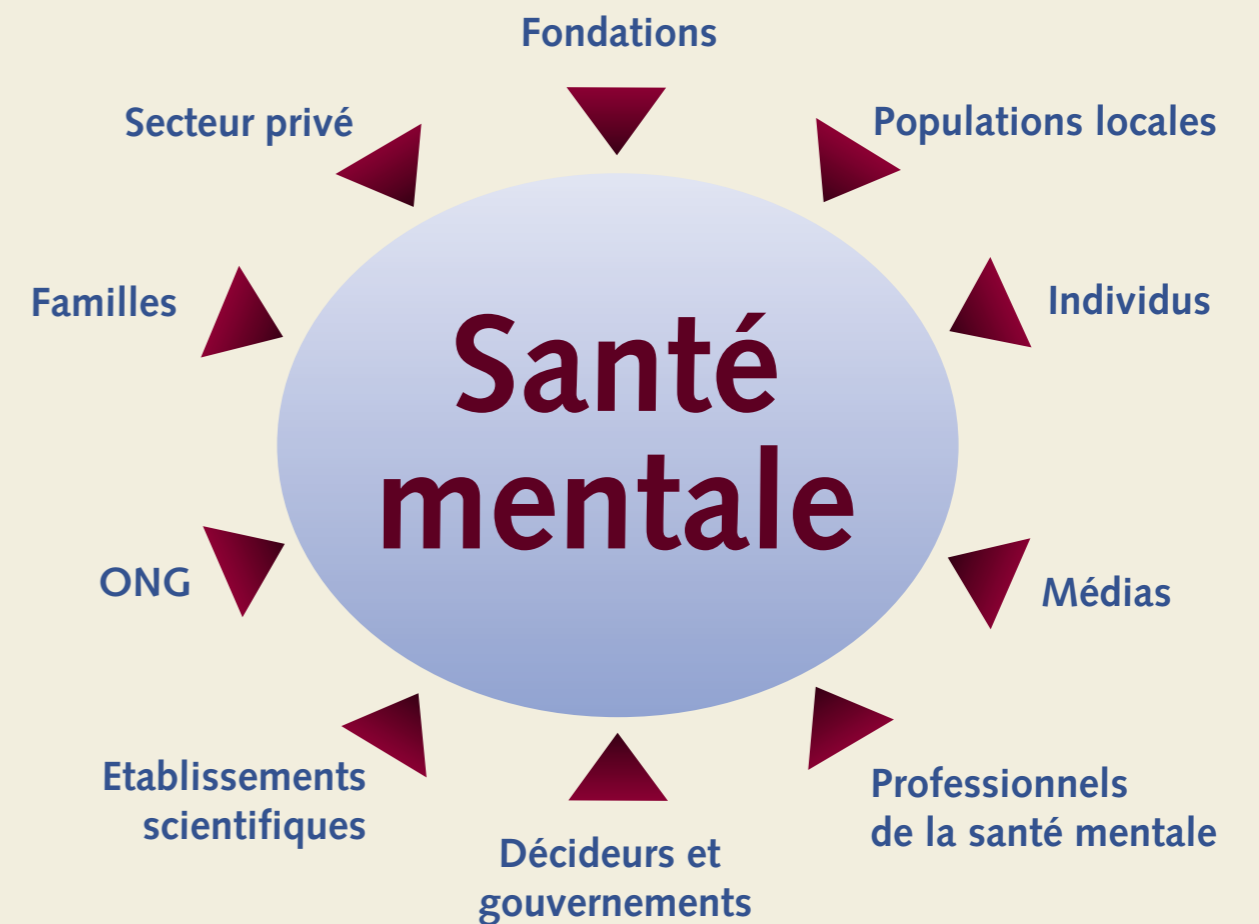
Disponibilité des médicaments

Les antiépileptiques sont peu coûteux, mais peu de services de soins de santé disposent de ces médicaments. S'ils étaient couramment disponibles, l'épilepsie pourrait être traitée même dans les pays les plus pauvres: jusqu'à 70% des cas nouvellement diagnostiqués peuvent être traités avec succès.

Droits humains

Les législations doivent être modernisées. Un organisme de surveillance des violations des droits humains devrait être mis en place. La qualité des soins de base dans les structures psychiatriques doit être améliorée. Ces mesures assureront une meilleure qualité de vie aux patients et plus de dignité. Une composante importante des interventions pour le traitement des troubles mentaux vise à permettre aux malades de jouir pleinement de leurs droits de citoyen.

Chacun peut apporter sa contribution



Références

- Albertyn C, McCann M (1993). *Alcohol, Employment and Fair Labour Practice*. Cape Town, Juta.
- Babor TF, Grant M (1992). *Project on identification and management of alcohol-related problems*.
- Berto P et al. (2000). Depression: Cost-of-illness studies in the international literature: A review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3: 3-10.
- Birnbaum HD, Greenberg PE, Barton M (1999). Workplace burden of depression: A case study in social functioning using employer claims data. *Drug Benefits Trends*, 11: 6BH-12BH.
- Bleichrodt N, Born MP (1994). A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury, JB, ed. *The Damaged Brain of Iodine Deficiency*. New York, Cognizant Communication Corporation: 195-200.
- Bolton W, Oakley K (1987). A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological Medicine*, 17(2): 453-460.
- Bruene-Butler L et al. (1997). The improving social awareness social problem-solving project. In: Albee GW, Gullota TP, eds., *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Bryant RA et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioural therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66: 862-866.
- Bureau international du travail (BIT) (2000). *Mental Health in the Workplace*. (Document préparé par Phyllis G, Liimatainen, M-R), BIT, Genève.
- Cameron MH et al. (1994). Mandatory bicycle helmet use following a decade of helmet promotion in Victoria, Australia: An evaluation. *Accident Analysis & Prevention*, 26: 325-37.
- Conti DJ, Burton WN (1994). The economic impact of depression in a workplace. *Journal of Occupational Medicine*, 36: 988.
- Cowan C, Cowan P (1992). *When partners become parents: The big life-change for couples*. New York, Basic Books.
- Dadds MR et al. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65: 627-635.
- Department of Trade and Industry, South Africa (1997). *Liquor Policy Aper and Liquor Bill (Government Gazette N° 18135)*. Pretoria, Government Printer.
- Dooley D, Catalano R, Wilson G (1994). Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. *American Journal of Community Psychology*, 22(6): 745-765.
- Fecteau G, Nicki R (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 27: 201-214.
- Field TM et al. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Paediatrics*, 77: 654-658.
- Goldberg RJ, Steury S (2001). Depression in the workplace: Costs and barriers to treatment. *Psychiatric Services*, 52 (12): 1639, December.
- Harwood H (2000). *Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: Estimates, update methods, and data*. Report prepared by the Lewin Group for the National Institutes on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Infant Health and Development Programme (1990). Enhancing the outcomes of low birthweight premature infants: A multi-site randomized trial. *JAMA*, 1990, 263: 3035-3042.
- Jaycox LH et al. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research & Therapy*, 32: 801-816.
- Jones S, Casswell S, Zhang JF (1995). The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*, 90 (11): 1455-1461.
- Kessler RC, Turner JB, House JS (1989). Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, 54(4): 648-657.
- Kessler RC et al. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1026-1032.
- Kessler RC, Frank RG (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4): 861-873.
- Knapp MRJ, Almond S, Percudani M (1999). Costs of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds.). *Evidence and Experience in Psychiatry (Volume 1)*. London, John Wiley and Sons.
- Knapp MRJ (2003). Communication présentée au cours du séminaire *Mental Health Economics: new European dimension*, Madrid, 03 avril 2003.
- Kottke TE et al. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*, 259(19): 2883-2889.
- MacKinnon D et al. (2000). The alcohol warning and adolescents: 5-year effects. *American Journal of Public Health*, 90: 1589-1594.
- Marcotte DE, Wilcox-Gok V (2001). Estimating the employment and earnings costs of mental illness: Recent developments in the United States. *Social Science & Medicine*, 53 (1) 21-27.
- Mark T et al. (2000). Spending on mental health and substance abuse treatment, 1987-1997. *Health Affairs*, July/August.
- Maughan B, Rutter M (1998). Continuities and discontinuities in antisocial behaviour from childhood to adult life. In: Ollendick TH, Prinz RJ (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum.
- McAlpine D, Warner L (2002). *Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature*. Working paper, Disability Research Institute, University of Illinois at Urbana-Champaign, USA.
- Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G (eds.), *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, Routledge.
- Naylor AJ (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Paediatric Clinics of North America*, 48: 475-483.
- NHS Executive, Department of Health (United Kingdom) (1996). *Burdens of disease: a discussion document*. London, Department of Health.
- Olds DL et al. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78: 1436-1444.
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (1993). *Life Skills Education In Schools*. Genève, WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2.
- Organisation mondiale de la Santé (1996). *Lutte contre les troubles dus à une carence en iode*. Résolution de la 49^{ème} Assemblée mondiale de la Santé OMS. Genève, WHA49.13.
- Organisation mondiale de la Santé (1998). *Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children*. Genève. WHO/MSA/MHP/98.1.
- Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Renforcement de la santé mentale*. Résolution du Conseil exécutif de l'OMS. Genève. EB109.R8.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Workplace Mental Health Policies and Programmes*. Version préliminaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Santé mentale et toxicomanies. (document non publié).
- Patel A, Knapp M (1997). *The cost of mental health: Report to the Health Education Authority*. Working paper, Centre for Economics of Mental Health, Institute of Psychiatry. London.
- Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, Genève, 81(8).
- Renick MJ, Blumberg SL, Markman HJ (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Programme (PREP): An empirically based preventive intervention program for couples. *Family Relations*, 41: 141-147.
- Rice D et al. (1990). *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness*, Publication No. (ADM) 90-1694, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville.
- Rouse BA (ed) (1995). *Substance Abuse and Mental Health Statistics Sourcebook*. (DHHS Publication No. SMA 95-3064). Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- Rutz W et al. (1992). Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 457-464.
- Schweinhart LJ, Weikart DP (1992). High/Scope Perry Preschool Program outcomes. In: McCord J, Tremblay RE (eds.), *Preventing Antisocial Behaviour: Interventions From Birth Through Adolescence*. New York, Guilford Press: 67-86.
- Secker J, 1998. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 13: 57-66.
- Secker-Walker R et al. (2000). Helping women quit smoking: Results of a community intervention program. *American Journal of Public Health*, 90: 940-946.
- Séminaire EAP (2002). *Mental Health Promotion and Drug Prevention in the Workplace*. Organisé par le Département de la Santé mentale, Bangkok, Thaïlande.
- Shochet IM et al. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30: 303-15.
- Simon GE et al. (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3): 153-162.
- Sood A et al. (1997). Relevance and importance of universal salt iodination in India. *The National Medical Journal of India*, 10: 290-293.
- Stephens T, Joubert N (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1): 18-23.
- Steyn E (1996). Women and Trauma. Medical Research Council. *Trauma Review*, 4(2) 1-2. Université Laval (2002). *La santé mentale au travail*. Rapport de l'Université Laval, Canada.
- Vachon MLS et al. (1980). A controlled study of self-help interventions for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137: 1380-1384. Van Kraalingen et al. (1991). *Alcohol and the injured driver: The "PODDER" project conducted at the Groote Schuur Hospital trauma unit*. Technical Report DPVT/170. Pretoria: CSIR.
- Vinokur AD, Schul Y, Price RH (1992). *Demographic assesses and psychological resources in the reemployment process: Who benefits from the JOBS intervention for the unemployed?* Working Paper, Michigan Prevention Research Centre. Institute of Social Research. University of Michigan, USA.
- WHO-CHOICE (2003). *Cost-effectiveness of interventions for reducing the burden of mental disorders: A global analysis (WHO-CHOICE)*. Document de travail, programme mondial sur les bases factuelles à l'appui des politiques de santé (préparé par Chisholm D), Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Zenere FJ 3rd, Lazarus PJ (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 27: 387-402.

Où s'adresser pour en savoir davantage

Département Santé mentale et abus de substances psychoactives

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Suisse

Téléphone: +41 22 791 21 11
Télécopie: +41 22 791 41 60

Courrier électronique: mnh@who.int
Site internet:
www.who.int/mental_health

Adresses des bureaux régionaux de l'OMS

Bureau régional OMS de l'Afrique

Cité du Djoué
Boîte postale 06
Brazzaville
Congo

Tél: +47 241 39100
+242 8 39100

Télécopie: +47 241 39501
+242 8 39501

Courrier électronique:
regafro@afro.who.int

Bureau régional OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé

525, 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
Etats-Unis d'Amérique

Téléphone: +1 202 974 3000
Télécopie: +1 202 974 3663

Courrier électronique:
postmaster@paho.org

Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale

WHO Post Office
PO Box 7608
Le Caire 11371
Egypte

Téléphone: +20 2 670 2535
Télécopie: +20 2 670 2492

Courrier électronique: PIO@emro.who.int

Bureau régional OMS de l'Europe

8, Scherfigsvej
2100 Copenhague
Danemark

Téléphone: +45 39 17 17 17
Télécopie: +45 39 17 18 18

Courrier électronique:
postmaster@euro.who.int

Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, Inde

Téléphone: +91 11 2337 0804
Télécopie: +91 11 2337 0197

Courrier électronique:
PANDEYH@whosea.org

Bureau régional OMS du Pacifique occidental

Boîte postale 2932
1000 Manille
Philippines

Téléphone: +63 2 528 8001
Télécopie: +63 2 521 1036

Courrier électronique:
Postmaster@who.org.ph



Evelyn Livia, 9 ans, Indonésie

ISBN 92 4 256 257 2



Organisation mondiale de la Santé

Département de Santé mentale
et abus de substances psychoactives

Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

Tel: +41 22 791 21 11
Fax: +41 22 791 41 60

Courrier électronique: mnh@who.int
Site internet: www.who.int/mental_health