



mhGAP Programme d'action Comblé
les lacunes en santé mentale

**Élargir l'accès aux soins pour
lutter contre les troubles mentaux,
neurologiques et liés à l'utilisation
de substances psychoactives**



**Organisation
mondiale de la Santé**



mhGAP Programme d'action Comblé
les lacunes en santé mentale

**Élargir l'accès aux soins pour
lutter contre les troubles mentaux,
neurologiques et liés à l'utilisation
de substances psychoactives**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (*mhGAP*) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives

1. Troubles mentaux – prévention et contrôle. 2. Système nerveux, Maladies. 3. Psychose. 4. Troubles liés substance toxique. 5. Planification santé. I. Organisation mondiale de la santé

ISBN 978 92 4 259620 5

(classification NLM : WM 140)

© Organisation mondiale de la Santé, 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; 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 aux Editions de l'OMS, 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 ne signifie 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 a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception : Inis Communication – www.inis.ie

L'illustration de couverture reprend le logo de la Journée mondiale de la Santé 2001 imaginé par Marc Bizet.

Imprimé en

Table des matières

Avant-propos	1
Préface	3
Résumé d'orientation	4
Besoins et défis	6
Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale	10
Objectifs	10
Stratégies	10
Cadre pour l'action dans les pays	16
Engagement politique	16
Évaluation des besoins et des ressources	16
Mise en place d'une infrastructure politique et législative	17
Mise en œuvre de l'ensemble d'interventions.	18
Renforcement des ressources humaines	19
Mobilisation de ressources financières	20
Suivi et évaluation	22
Établissement de partenariats	24
Institutions des Nations Unies	25
Ministères gouvernementaux	25
Donateurs	25
ONG et centres collaborateurs de l'OMS.	26
Société civile	27
Le temps est venu d'agir !	29
Annexe 1	
Charge en termes de santé publique correspondant aux affections prioritaires prises en compte dans le programme <i>mhGAP</i>	30
Annexe 2	
Charge imputable aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, et ressources humaines disponibles dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur	35
Lectures recommandées.	40



Avant-propos

La santé mentale est essentielle à la santé, principe qui figure dans la constitution de l'OMS où la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les travaux de recherche conduits ces dernières années ont mis en évidence que la santé mentale affecte fondamentalement la santé physique et inversement. Santé mentale et santé physique sont indissociables pour parvenir à un état de bien-être complet.

La santé mentale est indispensable pour favoriser le bien-être personnel, les relations familiales et l'apport de contributions utiles à la société. Elle est liée au développement des sociétés et des pays. La mauvaise santé mentale et la pauvreté interagissent pour alimenter un cercle vicieux : la mauvaise santé mentale diminue la capacité des personnes s'agissant d'apprendre et de jouer un rôle productif dans l'économie ; la pauvreté augmente à son tour le risque de développer des troubles mentaux, réduisant également la possibilité pour les personnes d'accéder aux services de santé.

Le seul nombre de personnes touchées, l'incapacité associée aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, et le fait qu'il existe des traitements efficaces font ressortir l'importance de prendre en main la situation au niveau des soins de santé primaires. Notre objectif est de faire en sorte que la santé mentale soit intégrée aux systèmes de santé partout dans le monde.

Il est nécessaire d'intensifier considérablement les efforts pour changer les politiques, les pratiques et les systèmes de prestation de services afin de garantir que les besoins et les préoccupations concernant la santé mentale se voient attribuer le niveau de priorité qui permette de réduire la charge imputable aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Il ne devrait plus être allégué d'excuses pour marginaliser le financement des services de santé mentale. Nous devons faire en sorte que le secteur de la santé mentale reçoive sa juste part des ressources de santé publique.

Le Programme d'action de l'OMS Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) présente des arguments en faveur du renforcement de l'engagement politique des gouvernements, des organisations internationales et des autres partenaires. Il y est défini des stratégies visant à étendre la couverture des interventions clefs pour les affections prioritaires dans des contextes où les ressources manquent.

J'invite les partenaires à s'associer à l'OMS pour faire du programme *mhGAP* un succès.

Dr Ala Alwan

Sous-Directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale



Préface

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives sont très répandus et représentent une lourde charge partout dans le monde. La violation des droits des personnes souffrant de ces troubles vient aggraver la situation. Les ressources allouées pour supporter cette charge considérable sont insuffisantes, distribuées inégalement et utilisées de façon inappropriée, ce qui a pour conséquence qu'une grande partie des personnes touchées ne reçoivent aucun soin.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est consciente de la nécessité d'agir pour alléger le fardeau et renforcer la capacité dont les États membres disposent pour résoudre ce problème grandissant. Le Programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale a été adopté en 2002 par la Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Ce programme a débouché sur des initiatives de sensibilisation et sur des orientations normatives adressées aux États membres s'agissant d'améliorer leurs systèmes de santé pour prodiguer des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. La santé mentale est désormais inscrite au programme mondial de santé publique!

Toutefois, la tâche est loin d'être achevée. Le fossé demeure très grand entre les besoins urgents et les ressources disponibles pour alléger le fardeau. La prochaine phase, le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (*mhGAP*), présenté dans ce document, témoigne de l'engagement continu de l'OMS pour combler le fossé. *mhGAP* est le programme d'action conçu par l'OMS pour que les pays, en particulier à faible revenu et à revenu moyen inférieur, développent les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Le programme s'appuie essentiellement sur des partenariats visant à intensifier et accélérer les efforts, et à augmenter les investissements dans le but de fournir ces services à ceux qui n'en bénéficient pas.

Je me réjouis de présenter le programme *mhGAP* à la communauté sanitaire mondiale et attends avec impatience les orientations et les mesures qu'il inspirera.

Dr Benedetto Saraceno

Directeur

Département Santé mentale et abus de substances psychoactives

Résumé d'orientation

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) sont répandus dans toutes les régions du monde et contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. Quatorze pour cent de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), peut être attribuée aux troubles MNS. La stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles et la violation de leurs droits aggravent la situation. Les ressources allouées pour supporter la charge considérable associée aux troubles MNS sont insuffisantes, distribuées inégalement et utilisées de façon inappropriée, ce qui engendre des lacunes de la couverture thérapeutique de plus de 75 % dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur.

Afin de réduire les lacunes et de renforcer la capacité des États membres s'agissant de résoudre ce problème grandissant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP). *mhGAP* vise à proposer aux planificateurs sanitaires, aux responsables politiques et aux donateurs un ensemble d'activités et de programmes clairs et cohérents pour élargir l'accès aux soins que nécessitent les troubles MNS.

Les objectifs du programme consistent à renforcer l'engagement de tous les partenaires s'agissant d'augmenter les ressources financières et humaines allouées pour soigner les troubles MNS et à atteindre un taux de couverture plus élevé avec des interventions clefs en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur qui supportent de larges fractions de la charge mondiale imputable à ces troubles.

Dans la mesure où les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur supportent la majeure partie de la charge mondiale et disposent de ressources financières et humaines limitées, une stratégie axée sur ces pays a le potentiel pour offrir des retombées maximales. Il est prévu dans le programme *mhGAP* des critères pour repérer les pays qui contribuent le plus à alourdir la charge attribuable aux troubles MNS et pâtissent d'un grand manque de ressources.

Ce programme est fondé sur les meilleures données scientifiques et épidémiologiques disponibles sur les affections MNS identifiées comme prioritaires. Il a pour objectif de mettre en œuvre un ensemble intégré d'interventions en prenant en compte les obstacles existants et potentiels à l'extension des soins. Les affections prioritaires ont été définies sur la base qu'elles représentent une lourde charge (en termes de mortalité, de morbidité et d'incapacité), sont à l'origine de coûts économiques importants ou sont associées à des violations des droits de l'homme. Ces affections prioritaires sont la dépression, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles liés à la consommation de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants. L'ensemble d'interventions défini dans le cadre du

programme *mhGAP* vise à prévenir et à gérer chacune de ces affections prioritaires, l'intérêt et la possibilité d'étendre les interventions ayant été envisagés. Il s'agit d'un ensemble type d'interventions qu'il convient d'adapter aux pays ou aux régions au sein des pays en fonction du contexte local.

Les obstacles qui empêchent la généralisation de ces interventions doivent aussi être considérés, ainsi que les options disponibles pour y faire face. Le programme *mhGAP* propose un cadre pour étendre les interventions relatives aux troubles MNS, les diverses contraintes qui peuvent exister dans le pays étant prises en compte.

Le succès de la mise en œuvre du programme repose avant tout sur l'engagement politique au plus haut niveau. L'un des moyens d'assurer cet engagement est d'établir un groupe central de partenaires clefs possédant des compétences multidisciplinaires pour guider le processus. L'évaluation des besoins et des ressources au moyen d'une analyse de la situation peut aider à cerner les besoins liés aux troubles MNS et les soins de santé appropriés, et guider ainsi la hiérarchisation et l'échelonnement appropriés des interventions, et le renforcement de leur mise en œuvre. Il sera important de mettre en place une infrastructure politique et législative afin de prendre en charge les troubles MNS et de promouvoir et garantir les droits de l'homme des personnes affectées par ces troubles.

Il faudra prendre des décisions pour déterminer quel est le meilleur moyen d'exécuter les interventions choisies au niveau des établissements de santé, des communautés et des foyers pour garantir une couverture équitable et de qualité. Des ressources humaines adéquates seront nécessaires pour mettre en œuvre l'ensemble d'interventions. La tâche principale est de repérer les personnes qui seront responsables de l'exécution des interventions à chaque niveau de prestation.

La plupart des pays à revenu faible et moyen n'assignent pas des ressources financières adaptées aux soins à prodiguer en cas de troubles MNS. Les ressources pour la prestation de ces services peuvent être mobilisées à partir de diverses sources, par exemple en tâchant d'augmenter la part consacrée à ces affections dans

les budgets de santé nationaux, en réaffectant des fonds alloués à d'autres activités et en s'appuyant sur des fonds extérieurs provenant notamment de l'aide au développement, d'institutions bilatérales et multilatérales et de fondations.

Le cadre de *mhGAP* prévoit également le suivi et l'évaluation de la planification et de la mise en œuvre du programme. La sélection d'indicateurs de ressources, de processus, de résultats et d'efficacité, ainsi que la définition d'outils et de méthodes de mesure font partie intégrante du processus.

Le programme *mhGAP* vise essentiellement à établir des partenariats fructueux, à renforcer l'engagement entre les partenaires existants, à attirer et dynamiser de nouveaux partenaires, et à accélérer les efforts et accroître les investissements afin de réduire la charge associée aux troubles MNS. L'extension des soins est un processus social, politique et institutionnel, qui implique divers contributeurs, groupes d'intérêt et organisations. Sa réussite relève de la responsabilité conjointe des gouvernements, des professionnels de la santé, de la société civile, des communautés et des familles, avec l'appui de la communauté internationale. Il est nécessaire que tous les partenaires s'engagent de toute urgence pour répondre à ce besoin de santé publique. Le temps est venu d'agir.

Besoins et défis

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) sont répandus dans toutes les régions du monde et contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. D'après les études épidémiologiques fondées sur les communautés dans le monde, il est estimé que le taux de prévalence des troubles mentaux affectant les adultes au cours de leur vie est de 12,2 à 48,6 % et que le taux de prévalence sur 12 mois est de 8,4 à 29,1 %. Quatorze pour cent de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), peut être attribuée aux troubles MNS. Environ 30 % de la charge totale imputable aux maladies non transmissibles est due à ces troubles. Près des trois-quarts de la charge mondiale que représentent les troubles neuropsychiatriques se situent dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur. La stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles et la violation de leurs droits aggravent la situation, parce qu'elles augmentent la vulnérabilité de ces personnes, accélèrent et accentuent leur paupérisation, et empêchent les soins et la réhabilitation. Le rétablissement de la santé mentale est non seulement essentiel pour le bien-être des individus, mais également nécessaire à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté dans les sociétés et les pays (Encadré 1). La santé mentale et la sécurité sanitaire sont en interaction étroite. Les conditions de conflit sont à l'origine de nombreux problèmes de santé mentale (Encadré 2).

Encadré 1. Santé mentale et développement humain

La santé mentale est cruciale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Son importance est reconnue par l'OMS depuis la fondation de celle-ci et transparait dans la constitution de l'Organisation où la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » mais est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». La santé mentale est liée au développement des sociétés et des pays. La pauvreté et les facteurs de stress qui l'accompagnent (par ex., la violence, le chômage, l'exclusion sociale et l'insécurité) sont en corrélation avec les troubles mentaux. La pauvreté relative, le manque

d'éducation et les inégalités au sein des communautés sont associés à des risques accrus de problèmes de santé mentale.

Il est possible de s'appuyer sur le développement économique et communautaire pour rétablir et améliorer la santé mentale. Les programmes de développement communautaire visant à réduire la pauvreté, à obtenir l'indépendance économique et l'autonomie des femmes, à réduire la malnutrition, à améliorer le niveau d'alphabétisation et d'éducation, et à encourager une meilleure autonomie des personnes défavorisées contribuent à la prévention des troubles mentaux et liés à l'usage de substances psychoactives et favorisent la santé mentale.

Encadré 2. Santé mentale et sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire est menacée aux niveaux individuel, communautaire, national et international par les situations d'urbanisation rapide, de catastrophe naturelle, de violence et de conflit. L'urbanisation rapide crée des conditions dans lesquelles on observe une augmentation de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives. La violence et les conflits accroissent fréquemment la consommation dangereuse d'alcool ou de drogue et, inversement, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogue sont associés à la violence et aux comportements criminels. Dans de nombreuses situations d'urgence, qu'elles soient causées par une catastrophe naturelle, la violence ou la guerre, la prévalence de la détresse et des troubles mentaux augmente, tandis que la capacité des systèmes de soins officiels et informels diminue de façon marquée, ce qui entraîne non seulement une souffrance considérable et des incapacités mais retarde aussi la reprise et les efforts de reconstruction.

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives entretiennent des rapports complexes avec de nombreux autres problèmes de santé. Ces troubles sont souvent comorbides avec, ou constituent des facteurs de risque pour, des maladies non transmissibles (par ex. maladies cardiovasculaires et cancers), des maladies transmissibles (par ex. le VIH/sida et la tuberculose), une mauvaise santé sexuelle et génésique chez les mères (par ex. augmentation de la morbidité gynécologique, violence sexuelle, dépression maternelle et problèmes de développement de l'enfant), et des blessures (par ex. violence et accidents de la route). La dépression et l'utilisation de substances psychoactives ont également une incidence négative sur l'observance des traitements des autres maladies.

En dépit de la prévalence des troubles MNS et de la charge qu'ils représentent, une grande partie des personnes touchées par ces problèmes ne reçoivent ni traitement ni soins. Selon une grande enquête menée avec l'appui de l'OMS dans plusieurs pays, 35 à 50 % des cas

graves dans les pays développés et 76 à 85 % dans les pays les moins avancés n'avaient bénéficié d'aucun traitement au cours des 12 mois précédents. Il est ressorti d'une analyse de la littérature mondiale que les lacunes de la couverture thérapeutique étaient de 32 % pour la schizophrénie, de 56 % pour la dépression et atteignaient 78 % pour les troubles liés à la consommation d'alcool. De nombreuses études fondées sur les populations ont permis de mettre en évidence que 95 % des épileptiques ne recevaient pas de traitement adéquat dans un grand nombre de régions pauvres en ressources. Les exemples des pays illustrent également la gravité de la situation : seuls 11 % des cas graves de troubles mentaux en Chine avaient reçu un traitement au cours des 12 derniers mois et seulement 10 % des personnes traitées au Nigéria avaient reçu le traitement adéquat.

L'OMS est consciente de la nécessité d'agir pour alléger la charge induite par les troubles MNS et renforcer la capacité des États membres afin de résoudre ce problème grandissant. En 2001, le grand public, les institutions et les organisations nationales et internationales, la communauté de la santé publique et d'autres partenaires ont été confrontés à la question de la santé mentale. Par le biais de la Journée mondiale de la Santé, de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Rapport sur la santé dans le monde (La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs), l'OMS et ses États membres se sont engagés pleinement et sans restriction en faveur de ce domaine de la santé publique.

Le Programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale a succédé à ces événements, l'objectif étant de proposer une stratégie cohérente afin de combler le fossé entre les besoins urgents et les ressources disponibles pour réduire la charge occasionnée par les troubles mentaux dans le monde. Le programme a été adopté en 2002 par la Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé (WHA 55.10), qui a appelé instamment les États membres à augmenter leurs investissements dans le domaine de la santé mentale à la fois au sein des pays et dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

Les quatre stratégies de base définies dans le programme étaient l'information, le développement de politiques et de services, la sensibilisation et la recherche. Les efforts globaux et soutenus engagés par l'OMS et ses

Figure 1 : Charge correspondant aux troubles mentaux et budget affecté à la santé mentale

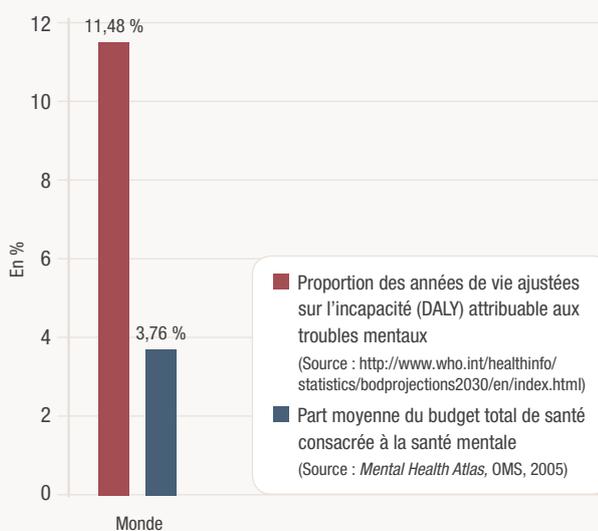
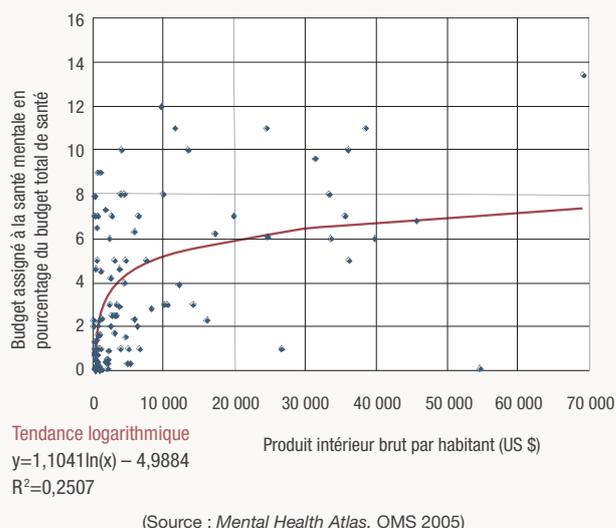


Figure 2 : Rapport entre le budget assigné à la santé mentale en pourcentage du budget total de santé et le PIB par habitant pour 101 pays



partenaires ont permis d'accroître nettement le volume d'informations disponibles sur la prévalence, la charge, les ressources et les faits concernant les interventions relatives aux troubles MNS. La prise de conscience de l'importance des troubles mentaux pour la santé publique s'est considérablement renforcée et a contribué à l'inscription de la santé mentale au nombre des préoccupations politiques. De nombreux pays ont élaboré ou révisé des politiques, des programmes et des textes législatifs nationaux en rapport avec ces troubles.

Cela étant, les ressources apportées pour faire face à la charge colossale que représentent les troubles MNS demeurent insuffisantes. Près d'un tiers des pays ne disposent toujours pas d'un budget spécifique à la santé mentale. Parmi les pays qui assignent des fonds à la santé mentale, 21 % investissent dans la santé mentale moins de 1 % de leur budget total de santé. La Figure 1 présente le rapport entre la charge correspondant aux troubles mentaux et le budget affecté à la santé mentale ; il apparaît que les pays consacrent à la santé mentale

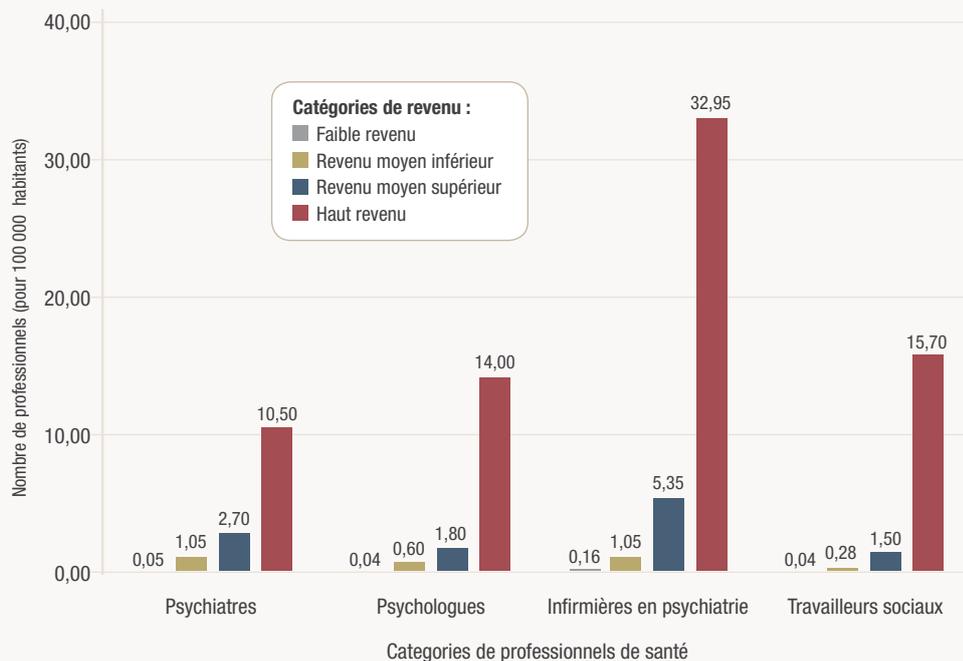
une partie de leur budget en comparaison de la charge à assumer.

Le manque de ressources est aggravé par leur répartition inégale. Les données issues du projet Atlas de l'OMS illustrent le manque de ressources allouées aux soins de santé mentale dans les pays à revenu faible et moyen. Si la plupart des pays ne consacrent à la santé mentale qu'une proportion limitée de leur budget de santé, cette part est encore plus restreinte dans les pays à faible produit intérieur brut (PIB) (Figure 2).

La pénurie de ressources est encore plus importante en ce qui concerne les ressources humaines ; la Figure 3 vise à présenter la répartition des ressources humaines affectées à la santé mentale dans différentes catégories de revenu.

On note également une mauvaise utilisation des ressources, rares et réparties de façon inéquitable. Par exemple, de nombreux pays à revenu moyen ayant investi massivement dans de grands hôpitaux psychiatriques sont peu enclins à les remplacer par des services à assise communautaire et

Figure 3 : Ressources humaines affectées aux soins de santé mentale dans les différentes catégories de revenu dont relèvent les pays, pour 100 000 habitants



(Source : *Mental Health Atlas*, OMS, 2005)

par des unités d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, même s'il apparaît clairement que les hôpitaux psychiatriques proposent des soins inadaptés et que les services à assise communautaire sont plus efficaces.

Il convient donc d'accélérer les progrès pour organiser les services destinés aux personnes souffrant de troubles MNS et l'allocation de ressources supplémentaires jouera un rôle essentiel dans ce processus.

L'OMS reçoit un nombre croissant de demandes de pays sollicitant de l'assistance et des mesures adaptées à leur situation. La nécessité – et la pertinence – d'une perspective économique lors de la planification, de la fourniture et de l'évaluation des services, et pour l'extension des soins à prodiguer en cas de troubles MNS est une autre raison de repenser les priorités de la stratégie en matière de santé mentale. Par ailleurs, un programme mondial d'action peut inspirer les parties prenantes et

accélérer les progrès en rapprochant les partenaires ayant un objectif commun.

La publication récente d'une collection du *Lancet* consacrée à la santé mentale dans le monde, dans laquelle il est abordé les problèmes de santé mentale dans les pays à revenu faible et moyen, a été une incitation supplémentaire à réviser la stratégie en matière de santé mentale. La collection s'est achevée par un appel lancé à la communauté sanitaire mondiale pour qu'elle développe les services de santé mentale dans ces pays. Les auteurs ont conclu qu'il existe des éléments et des solutions permettant de faire face à la charge mondiale que représente la santé mentale. Il faut une volonté politique, des mesures concertées entre un ensemble de partenaires mondiaux de la santé et des ressources pour mettre en œuvre ces mesures. La situation est similaire pour les troubles neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Programme d'action Comblé les lacunes en santé mentale

Par l'intermédiaire du *Programme d'action Comblé les lacunes en santé mentale (mhGAP)*, l'OMS s'efforce de proposer aux planificateurs sanitaires, aux responsables politiques et aux donateurs un ensemble d'activités et de programmes clairs et cohérents pour élargir l'accès aux soins que nécessitent les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Objectifs

- Renforcer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres partenaires afin d'augmenter les ressources financières et humaines allouées pour soigner les troubles MNS.
- Étendre davantage la couverture au moyen d'interventions clés dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur qui supportent une large part de la charge mondiale imputable aux troubles MNS.

Stratégies

Le programme *mhGAP* est fondé sur les meilleures données scientifiques et épidémiologiques disponibles sur les affections prioritaires. Il a pour objectif de mettre en œuvre un ensemble intégré d'interventions en prenant en compte les obstacles existants et potentiels à l'extension des soins.

Affections prioritaires

Un domaine de maladies peut être considéré comme prioritaire s'il représente une lourde charge (en termes de mortalité, de morbidité et d'incapacité), est à l'origine de coûts économiques importants ou est associé à des violations des droits de l'homme. Le domaine des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives comporte un grand nombre d'affections. Les affections prioritaires dégagées d'après ces critères pour *mhGAP* sont la dépression, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles liés à la consommation de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants. Ces troubles sont courants dans tous les pays où leur prévalence a été observée et ils affectent considérablement les capacités d'apprentissage des enfants et les aptitudes des adultes à remplir un rôle dans leur famille, au travail et plus généralement dans la société. Parce qu'ils sont très répandus et persistants, et qu'ils entraînent des déficiences, ils contribuent largement à la charge totale de morbidité. L'incapacité pèse le plus lourd dans la charge attribuable à ces troubles ; cependant, la mortalité prématurée, en particulier le suicide, occupe aussi une place importante. La charge économique résultant de ces troubles comprend la perte d'un emploi rémunérateur, ce qui implique une perte de revenus pour la famille ; le besoin de recevoir des soins, d'où éventuellement une perte de revenus supplémentaire ; le coût des médicaments ; et la nécessité de bénéficier d'autres services médicaux et sociaux. Ces coûts sont particulièrement lourds pour les populations pauvres. À l'annexe 1, il est présenté la charge occasionnée

par ces troubles et les liens avec d'autres maladies et secteurs. Par ailleurs, les troubles MNS sont stigmatisés dans beaucoup de pays et de cultures. Cette stigmatisation se traduit par des disparités dans la disponibilité des soins, une discrimination et des violations des droits des personnes affectées par ces troubles.

Ensemble d'interventions

On dispose maintenant d'un grand nombre d'informations sur le rapport coût-efficacité de diverses interventions visant à réduire la charge associée aux troubles MNS. Bien qu'il soit utile de déterminer quelles sont les interventions rentables pour un ensemble particulier de

troubles, ce n'est pas la finalité du processus. D'autres critères doivent être pris en considération pour décider quelles interventions exécuter, tels la gravité des troubles (en termes de souffrance et d'incapacité), le potentiel de réduction de la pauvreté chez les personnes affectées et la protection des droits des personnes atteintes de troubles MNS graves. L'ensemble proposé comprend des interventions permettant de prévenir et de gérer chacune des affections prioritaires, les interventions ayant été choisies en fonction de l'intérêt et de la possibilité de leur extension. Dans ce contexte, une intervention est définie comme un agent ou une action (biologique,

Tableau 1 : Interventions reposant sur des bases factuelles pour faire face aux affections prioritaires

Affection	Interventions reposant sur des bases factuelles	Exemples d'interventions à inclure dans le dispositif
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> Traitement par les antidépresseurs Interventions psychosociales 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement par des antidépresseurs anciens ou plus récents, prodigué par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés. Interventions psychosociales telles que la thérapie comportementale cognitive ou la résolution de problèmes. Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> Traitement par les neuroleptiques Interventions psychosociales, familiales ou communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement par des neuroleptiques anciens, prodigué par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés au sein de la communauté. Réadaptation communautaire. Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.
Tentative de suicide	<ul style="list-style-type: none"> Limitation de l'accès aux méthodes courantes de suicide Prévention et traitement de la dépression et de la dépendance à l'alcool et aux drogues 	<ul style="list-style-type: none"> Mesures multisectorielles ayant trait à la santé publique, par exemple limitation de la disponibilité des pesticides les plus toxiques et stockage des réserves dans des locaux sécurisés. Voir les exemples d'interventions en cas de dépression, de troubles liés à l'alcoolisme et de troubles liés à la consommation de drogues illicites.
Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> Détection et traitement par les antiépileptiques 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement par des antiépileptiques de première intention, prodigué par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés. Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.

Affection	Interventions reposant sur des bases factuelles	Exemples d'interventions à inclure dans le dispositif
Démence	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions en direction des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement de base concernant la démence et formation particulière à la prise en charge des comportements problématiques par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés.
Troubles liés à la consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de portée générale prises par les pouvoirs publics visant à réduire la consommation nocive d'alcool • Interventions contre la consommation dangereuse d'alcool et traitement des troubles liés à l'alcoolisme au moyen d'interventions pharmacologiques et psychosociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions publiques et mesures législatives, y compris la réglementation de la disponibilité de l'alcool, adoption de politiques appropriées sur l'alcool au volant et réduction de la demande d'alcool par le biais de mécanismes de taxation et d'établissement des prix. • Dépistage et interventions brèves par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés. • Détection et traitement précoces des troubles liés à l'alcool dans le cadre des soins de santé primaires. • Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.
Troubles liés à la consommation de drogues illicites	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions pharmacologiques et psychosociales, y compris traitement de soutien par des agonistes en cas de dépendance aux opioïdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacothérapie d'une dépendance aux opioïdes au moyen d'agonistes tels que la méthadone ou la buprénorphine, avec assistance psychosociale. • Détection précoce des cas et mise en place d'interventions de prévention et de traitement par des professionnels des soins de santé primaires qualifiés pour les troubles liés à la consommation de drogues. • Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.
Troubles mentaux chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des troubles du développement • Interventions pharmacologiques et psychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures au sein du secteur de santé, par exemple la fourniture de soins appropriés à la naissance, des services communautaires de soins de santé maternels et infantiles efficaces, le dépistage prénatal du syndrome de Down et la prévention de l'abus d'alcool chez les mères. • Mesures multisectorielles en rapport avec la santé publique, par exemple l'enrichissement des aliments en iode et en acide folique et des interventions visant à réduire la maltraitance des enfants. • Détection et soins initiaux dans le cadre des soins de santé primaires. • Orientation-recours et supervision assurées par des spécialistes.

psychologique ou sociale) conçus pour réduire la morbidité ou la mortalité. Les interventions peuvent être destinées à des individus ou à des populations ; elles ont été déterminées sur la base des considérations suivantes : intérêt et efficacité, rentabilité, équité, éthique (y compris droits de l'homme), faisabilité ou possibilité d'exécution, et acceptabilité.

Il ne convient pas de réaliser les interventions comme des activités indépendantes ; elles devraient plutôt être exécutées dans le cadre de divers ensembles et à différents niveaux du système de santé. L'exécution d'interventions groupées présente de nombreux avantages et apparaît comme l'option la plus rentable en termes de formation, de mise en œuvre et de supervision. De nombreuses interventions vont naturellement ensemble parce qu'elles sont réalisées par la même personne au même moment, par ex. administration d'antipsychotiques et interventions familiales et communautaires pour le traitement de la schizophrénie.

Au tableau 1, il est présenté un modèle d'interventions pour chacune des affections prioritaires, qui peut être adapté à la situation des différents pays.

Ce modèle nécessite d'être adapté aux pays ou aux régions en se fondant sur la prévalence et la charge relatives à chacune des affections prioritaires ; les données sur l'efficacité, la faisabilité, le coût et l'acceptabilité des interventions dans des contextes spécifiques ; les contraintes des systèmes de santé en ce qui concerne la mise en œuvre (y compris les implications en termes de ressources financières et humaines) ; et les choix culturels, les croyances et les comportements de recours aux soins dans certaines communautés. Les priorités et les méthodes utilisées différeront inévitablement d'une situation à l'autre. Ainsi, l'ensemble des interventions à exécuter et leur mise en œuvre peuvent varier d'un pays à l'autre et même d'une zone à l'autre d'un pays donné. Par exemple, dans de nombreux pays à faible revenu, plus des trois-quarts de la population vivent dans des zones rurales. Peu de services, y compris dans le domaine des ressources humaines, atteignent ces zones. La pénurie de ressources humaines nécessite donc des solutions pragmatiques. Les agents de santé communautaires peuvent réaliser certaines des

interventions prioritaires à l'issue d'une formation spécifique et avec l'encadrement qui convient, par exemple, sous la forme de consultations par téléphone avec des médecins généralistes.

Sélection des pays en vue d'un appui renforcé

La majeure partie de la charge mondiale induite par les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives se trouve dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur. Ces pays ont non seulement le besoin le plus pressant de s'attaquer au problème mais également le moins de ressources disponibles pour le faire. Le principe théorique du programme *mhGAP* est que, puisqu'un nombre restreint de pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur contribuent le plus à la charge mondiale en ayant comparativement peu de ressources humaines et financières, une stratégie centrée sur les soins de santé mentale dans ces pays a le potentiel pour offrir des retombées maximales. Le programme *mhGAP* vise donc à fournir des critères pour repérer les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur qui supportent la charge la plus lourde en termes de troubles MNS et manquent le plus de ressources, et à leur apporter un appui renforcé. Il convient toutefois de noter que le cadre prévu par le programme *mhGAP* pour l'action dans les pays est adaptable et peut être appliqué dans tout pays où il existe la possibilité d'un appui technique. Par conséquent, ce processus ne suppose pas le refus de soutenir les autres pays.

La sélection des pays en vue de leur apporter un appui renforcé pourrait reposer sur plusieurs critères. Un premier critère pourrait être la charge que représentent les troubles MNS. L'approche adoptée dans le projet sur la charge mondiale de morbidité était fondée sur les DALY pour évaluer la santé de la population selon les catégories de risque et de maladie. Par exemple, le total des DALY peut être utilisé pour mesurer la charge de morbidité et repérer ainsi les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur dans lesquels la charge associée aux affections prioritaires est la plus lourde. Les DALY pour 100 000 habitants peuvent aussi être utilisés pour mesurer la charge de morbidité. Ce critère permet de garantir que sont pris en compte les pays peu peuplés mais où le taux de la charge imputable aux troubles MNS

est élevé. Un autre critère pourrait être le revenu national brut (RNB) par habitant, qui est un bon indicateur de la pauvreté relative des pays.

Il est fourni à l'annexe 2 une liste des pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur qui ont été choisis sur la base de ces critères pour bénéficier d'un appui renforcé. Ces pays ont été sélectionnés dans trois listes de pays pour chacune des six régions de l'OMS. La première liste visait à classer les pays d'après le nombre total de DALY perdues. Les quatre premiers pays contributeurs dans chacune des six régions de l'OMS ont été retenus. Dans la deuxième liste, les pays étaient classés en fonction du taux de la charge attribuable aux troubles MNS. Ont été pris en compte les pays apparaissant aux quatre premiers rangs des pays contributeurs dans chacune des six régions de l'OMS et n'ayant pas déjà été sélectionnés dans la liste précédente. La troisième liste visait à classer les pays d'après le RNB par habitant. Tout pays comptant parmi les quatre pays les plus pauvres de chacune des six régions de l'OMS a été retenu, pourvu qu'il n'ait pas déjà été sélectionné dans les listes précédentes. La plupart des pays sélectionnés ont également peu de ressources à consacrer à la santé et manquent cruellement de ressources, comme le montre la pénurie de soignants et de professionnels de la santé mentale dans ces pays.

Un autre critère pourrait être la volonté des pays s'agissant d'élargir l'accès aux soins. Bien qu'il n'existe pas d'indicateurs durs pour mesurer cette disposition, toute demande de soutien adressée à l'OMS en vue d'étendre les activités dans le domaine des troubles MNS, toute collaboration passée ou actuelle entre l'OMS et le pays, ou tout intérêt manifesté par un donateur, pourraient en être notamment la manifestation.

Processus d'extension

L'extension est définie comme un effort délibéré visant à augmenter l'efficacité des interventions des services de santé testées avec succès dans des projets pilotes pour qu'elles bénéficient à davantage de gens, et à favoriser le développement durable des politiques et des programmes. Cependant, les projets pilotes ou expérimentaux n'ont que peu de valeur tant qu'ils ne sont pas transposés à plus grande échelle pour produire des retombées plus importantes au niveau des politiques et

des programmes. Jusqu'à présent, les conseils pratiques sur les moyens de procéder à cette extension ont été inadéquats. Le programme *mhGAP* vise à dégager des approches générales et des recommandations spécifiques aux fins du processus d'extension.

L'extension implique les tâches suivantes :

- définition d'un ensemble d'interventions et de stratégies en vue fournir des services de santé, et établissement de l'ordre d'adoption de ces mesures et de la cadence à laquelle il est possible d'exécuter les interventions et de développer les services ;
- considération des obstacles qui empêchent de mettre en œuvre à grande échelle les interventions choisies, et des options disponibles pour affronter ces obstacles ;
- évaluation des coûts totaux de l'extension et de la poursuite des interventions selon plusieurs scénarios généralisables.

Ces tâches nécessitent une bonne compréhension du type et du degré de contrainte qui affectent le système de santé du pays. Les contraintes peuvent intervenir à différents niveaux, tels la communauté et le foyer, la fourniture des services de santé, les politiques et la gestion stratégique du secteur de la santé, les politiques publiques transsectorielles, et l'environnement et le contexte. Dans un article de la collection du *Lancet* publiée récemment sur la santé mentale dans le monde, les obstacles au développement des services de santé mentale sont étudiés au moyen d'une enquête qualitative auprès des experts et des responsables de la santé mentale (Encadré 3).

Toutefois, les obstacles évoqués à l'Encadré 3 ne se rapportent qu'à des contraintes empêchant d'étendre la fourniture des services de santé mentale, alors que l'utilisation des services joue également un rôle important dans le succès de leur mise en œuvre. Les faits donnent à penser que des obstacles liés à la demande peuvent dissuader les patients, en particulier s'ils sont pauvres ou vulnérables, d'accéder aux traitements disponibles. Les obstacles à l'utilisation des services de santé mentale sont notamment les coûts d'accès ; le manque d'information ; et les facteurs sexospécifiques, sociaux et culturels.

Encadré 3. Obstacles au développement des services de santé mentale

Le plus grand obstacle au développement des services de santé mentale est que cette dernière ne soit pas considérée par les décideurs comme un domaine prioritaire de la santé publique. Cela a des conséquences préoccupantes pour le financement des soins de santé mentale, puisque les gouvernements consacrent à la santé mentale des crédits restreints dans leur budget de santé et que l'intérêt des donateurs fait défaut.

L'organisation des services fait aussi partie des obstacles mis en évidence. Les ressources en santé publique sont centralisées dans les grandes villes et leur banlieue, et dans les grands établissements. Ce type d'établissement utilise fréquemment une proportion importante des ressources en santé mentale, qui sont limitées ; isole les patients des systèmes vitaux de soutien familial et communautaire ; coûte davantage que la prise en charge au sein la communauté ; et est associé à des conditions de vie indignes, des violations des droits de l'homme et une stigmatisation. Cependant, réduire la taille des hôpitaux psychiatriques comme rendre les soins disponibles dans la communauté comportent des difficultés.

Le troisième obstacle au développement des services de santé mentale, en rapport avec l'organisation des services, est la difficulté d'intégrer efficacement les soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaires. Les systèmes qui dispensent les soins de santé primaires sont surchargés ; ils ont des tâches multiples à accomplir et accueillent de nombreux patients, la supervision y est réduite, ils disposent de peu de systèmes d'orientation fonctionnels, et la fourniture des médicaments essentiels y est discontinuée. Le manque de ressources humaines est aussi à l'origine de cet obstacle, dans la mesure où peu de professionnels de la santé issus d'un nombre limité de professions sont formés et supervisés dans le domaine de la santé mentale.

Enfin, l'un des obstacles majeurs est probablement le manque d'initiatives de santé publique efficaces en faveur de la santé mentale dans la plupart des pays.

Source : B. Saraceno *et al.* Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007 ; vol. 370, p. 1164–1174.

Cadre pour l'action dans les pays

Le programme *mhGAP* vise à proposer un cadre pour étendre les interventions relatives aux troubles mentaux, neurologiques et liées à l'utilisation de substances psychoactives. Ce cadre prend en compte les diverses contraintes qui peuvent exister dans les différents pays. Néanmoins, le programme a pour seule vocation d'être un guide pour l'action, et il devrait être assez souple et adaptable pour être mis en œuvre en fonction de la situation des pays.

L'approche décrite dans *mhGAP* a été conçue pour être consultative et participative, pour prendre en compte les besoins et les ressources nationales, et pour mettre à profit les programmes et les services existants. Elle vise en particulier à fournir des orientations sur les principales étapes de la mise en place d'un cadre.

Engagement politique

La réussite de la mise en œuvre du programme réside avant tout dans l'obtention d'un engagement politique au plus haut niveau et dans la mobilisation des ressources financières et humaines nécessaires. Un moyen de réunir ces conditions préalables pourrait être de constituer, pour guider le processus, un groupe central de partenaires essentiels aux compétences multidisciplinaires. Les mécanismes existants pour rassembler les partenaires appropriés devraient être évalués avant de prendre la décision d'établir un nouveau groupe. Les partenaires clefs dont la participation au processus est nécessaire sont notamment les responsables politiques, les directeurs de programme des domaines pertinents (comme les médicaments essentiels et les ressources humaines), les experts en communication, et les experts du développement communautaire et des systèmes de santé. Le programme devra être alimenté par des psychiatres, des neurologues et des professionnels des soins de santé primaires ; des spécialistes en sciences sociales ; des économistes de la santé ; des partenaires bilatéraux et multilatéraux privilégiés ; et des organisations non gouvernementales (ONG). Les utilisateurs des services sont également des partenaires importants et leurs contributions seront indispensables.

Évaluation des besoins et des ressources

Une analyse de la situation devrait permettre de cerner tout à fait les besoins liés aux troubles MNS, de déterminer les soins de santé adaptés et de guider la hiérarchisation et l'échelonnement appropriés des interventions et le renforcement de leur mise en œuvre. Bien que les données disponibles puissent être lacunaires (par ex., elles peuvent ne pas être représentatives à l'échelle nationale ou varier en qualité), il convient de rassembler les informations en s'appuyant autant que possible sur les sources existantes.

L'analyse de la situation consiste en plusieurs tâches :

- description de la charge correspondant aux troubles MNS pour le pays, la région ou la population sélectionnée ;

Encadré 4. Évaluation par l'OMS des systèmes de santé mentale

L'OMS a mis au point un outil, l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (OMS-IESM), pour recueillir des informations essentielles sur le système de santé mentale d'un pays ou d'une région. Cet instrument a été conçu pour les besoins spécifiques des pays à revenu faible et moyen. Il comprend de nombreux indicateurs de ressources et de processus, ainsi que des échelles ordinales qui facilitent la collecte des données, puisqu'il est fréquent, dans beaucoup de ces pays, qu'il n'existe pas de données issues d'indicateurs de résultats. L'outil OMS-IESM permet de réaliser des évaluations globales en prenant en compte les liens avec les autres secteurs. Par exemple, il sert à évaluer les services et les appuis fournis aux malades mentaux dans le cadre des soins de santé primaires et comporte des critères particulièrement appropriés aux pays à revenu faible et moyen, comme les agents paramédicaux de soins de santé primaires et les guérisseurs traditionnels. Par ailleurs, cet instrument peut facilement être adapté pour rassembler des données sur les troubles neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Source : http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

- définition des besoins en termes de ressources matérielles, financières et humaines en prenant en compte les stratégies de développement et les plans du secteur de la santé existants (Encadré 4) ;
- examen de la couverture et de la qualité des interventions essentielles, et de toute raison à l'origine d'une couverture limitée ou inefficace ;
- exposé concernant les politiques actuelles en rapport avec les troubles MNS et l'état de leur mise en œuvre, les dépenses courantes consacrées à ces troubles et les principaux partenaires impliqués ; et
- synthèse des informations pour mettre en évidence les pénuries importantes auxquelles il doit être remédié pour élargir l'accès aux soins que nécessitent les troubles MNS. L'analyse FFPM visant à repérer les forces,

les faiblesses, les possibilités et les menaces, est une approche utile pour cette tâche.

Mise en place d'une infrastructure politique et législative

Un environnement politique favorable contribue au processus d'extension des interventions relatives aux troubles MNS parce que les politiques visent à définir une certaine idée de la santé publique de demain et à préciser le cadre à mettre en place pour gérer et prévenir les troubles MNS prioritaires. Il faut que les politiques reposent sur les principes de respect des droits de l'homme, et d'exercice, de promotion et de protection de ces droits. Quand elle est clairement conceptualisée, une politique peut permettre de coordonner les activités et les services essentiels pour garantir que des traitements et des soins sont dispensés à ceux qui en ont besoin, et prévenir la fragmentation et l'inefficacité du système de santé. Le guide des politiques et des services de santé mentale (*Mental Health Policy and Service Guidance Package*) établi par l'OMS se présente comme un ensemble de modules pratiques interdépendants, conçus pour aborder les questions liées à la réforme des systèmes de santé mentale. Ce guide peut servir de cadre aux pays et constituer une aide pour l'élaboration, puis la mise en pratique, de politiques et de plans.

Mesures requises :

- conception d'une politique ou révision de la politique existante afin d'en exposer la visée, les valeurs et les principes, les objectifs et les domaines d'action clés ;
- intégration des connaissances existantes sur l'amélioration des traitements et des soins et la prévention des troubles MNS ;
- implication de tous les partenaires intéressés ;
- coopération avec les autres secteurs concernés et examen d'autres politiques dignes d'attention ; et
- mise au point de moyens pour appliquer cette politique.

Les lois sur la santé mentale sont également indispensables pour faire face aux troubles MNS. La législation en matière de santé mentale permet de codifier et de rassembler les principes fondamentaux, les valeurs,

les buts et les objectifs des politiques et des programmes concernant la santé mentale. Elle fournit un cadre juridique pour prévenir les violations, promouvoir les droits de l'homme et résoudre les problèmes critiques qui affectent la vie des personnes souffrant de troubles mentaux. L'OMS a établi un ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation (*Ouvrage de référence sur la santé mentale, des droits de l'homme et la législation*), dans lequel il est présenté les normes internationales relatives aux droits des malades mentaux ; les questions essentielles qui doivent être examinées et prises en compte dans la législation nationale concernant la santé mentale ; et les meilleures stratégies pour le développement, l'adoption et l'application de la législation en matière de santé mentale.

Mise en œuvre de l'ensemble d'interventions

Les décisions sur le meilleur moyen d'exécuter les interventions choisies aux niveaux de l'établissement de santé, de la communauté et du foyer sont cruciales pour garantir une efficacité maximale, une haute qualité et une couverture équitable des interventions. La mise en œuvre de l'ensemble d'interventions dépend de la capacité des services de santé ; des ressources financières, matérielles et humaines disponibles ; et du contexte communautaire. Les principales considérations pour l'exécution des services sont notamment les suivantes :

- établissement des responsabilités pour l'exécution des interventions à différents niveaux du système de santé ;
- intégration dans les services existants ;
- élaboration de stratégies de mise en œuvre applicables aux niveaux des communautés, des soins de santé primaires et des établissements spécialisés, qui permettent d'étendre sensiblement la couverture des interventions choisies ;
- renforcement des systèmes de santé ;
- amélioration des liens entre les communautés et le système de santé ;
- mise au point de stratégies pour atteindre les populations ayant des besoins particuliers ; et
- élaboration de stratégies pour faire face à des situations spécifiques, comme les situations d'urgence.

Les concepteurs du programme *mhGAP* préconisent d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires. La gestion et le traitement des troubles MNS dans le cadre des soins de santé primaires devraient permettre au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services ; beaucoup de personnes viennent déjà chercher de l'aide à ce niveau. L'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires améliore non seulement la qualité des soins, mais réduit également le gaspillage résultant de recherches inutiles et de traitements non spécifiques et inappropriés.

Les systèmes de santé devront bénéficier d'un appui supplémentaire pour réaliser les interventions. Il est nécessaire de désigner les médicaments, les équipements et les produits qui doivent être disponibles à chaque niveau de la prestation des services, et de développer les mécanismes permettant leur fourniture sur une longue durée. Il faudra renforcer les systèmes d'orientation et les mécanismes de retour de l'information appropriés entre tous les niveaux de la prestation des services.

Un projet sur l'épilepsie mené en Chine rurale a démontré la possibilité de fournir des services par l'intermédiaire des systèmes existants et d'intégrer le modèle de lutte contre l'épilepsie dans les systèmes de santé locaux. Les résultats ont confirmé que les patients épileptiques pouvaient être traités dans le cadre des systèmes de soins de santé locaux avec du phénobarbital prescrit par des cliniciens en milieu urbain et par des généralistes ayant reçu une formation de base en milieu rural. Les méthodes utilisées dans ce projet devraient pouvoir être étendues à plusieurs zones rurales de Chine et peut-être à d'autres pays en développement. À vrai dire, après le succès de l'étude initiale, le projet a été étendu avec l'appui du gouvernement central pour englober 34 comtés chinois, ce qui représente 19 millions de personnes. Il a été formé 1 500 médecins locaux et plus de 10 000 personnes souffrant d'épilepsie ont été traitées.

La mise en œuvre d'un ensemble d'interventions nécessite de favoriser la mobilisation et la participation de la communauté, ainsi que les activités visant à développer la sensibilisation, le recours aux interventions et l'utilisation des services.

Il faut prévoir également de prendre en considération les populations ayant des besoins spécifiques (par ex. différents groupes culturels et ethniques ou d'autres groupes vulnérables comme les populations indigènes) lors de la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions. L'approche adoptée pour la fourniture des services doit tenir compte de la spécificité des sexes. Les différences entre les sexes sont à l'origine d'inégalités entre les hommes et les femmes pour ce qui est de l'état de santé. En outre, elles donnent lieu à un traitement différentiel concernant l'accès aux informations, aux soins et aux services de santé, et l'usage qui en est fait (par ex. il se peut qu'une femme n'ait pas accès aux services de santé parce que les normes dans sa communauté l'empêchent de se rendre seule dans une clinique).

La mise en œuvre devrait être planifiée pour inclure les situations spécifiques telles les situations d'urgence. Étant donné la capacité très limitée des systèmes de santé mentale dans les pays à revenu faible et moyen, la fourniture d'une telle assistance aux populations touchées par une catastrophe est une tâche difficile. Les personnes affectées par des troubles mentaux graves préexistants sont particulièrement vulnérables dans les situations de crise. Cependant, les situations de détresse catalysent aussi des réformes des systèmes de santé mentale, depuis que leurs conséquences pour la santé mentale et le bien-être psychologique des gens suscitent l'intérêt des médias, des professionnels et du grand public. Les professionnels ont pris conscience de l'augmentation du taux de prévalence des troubles mentaux après une crise, et le public, y compris les hommes politiques, se préoccupe désormais des répercussions de telles situations sur la santé mentale. Ce qui tend à fournir dans les mois et les années suivant une urgence des occasions sans précédent pour le développement des systèmes de santé mentale, et des améliorations de l'organisation des services peuvent survenir très rapidement dans ce type de contexte.

Renforcement des ressources humaines

Des ressources humaines dotées d'une formation adéquate et appropriée sont nécessaires à l'extension de toutes les interventions de santé ; cela est particulièrement vrai pour les affections MNS, puisque les soins que

ces dernières nécessitent reposent beaucoup plus sur le personnel de santé que sur la technologie et l'équipement. La plupart des pays à revenu faible et moyen disposent de peu de ressources humaines qualifiées et sont souvent confrontés à des difficultés de répartition à l'échelle nationale ou au sein des régions (par ex. pénurie de personnel en milieu rural ou surabondance de personnel dans les grands établissements). Le problème a été aggravé par la migration de professionnels qualifiés vers d'autres pays. En outre, il est possible que les compétences du personnel soient dépassées ou qu'elles ne répondent pas aux besoins de la population. Il arrive que le personnel disponible ne soit pas employé de façon appropriée et beaucoup de ses membres peuvent être improductifs ou démoralisés. De nombreux pays à faible revenu manquent d'infrastructures et de moyens pour la formation continue des agents de santé. Développer et améliorer les ressources humaines est l'élément central du renforcement des capacités organisationnelles et l'un des premiers enjeux de l'extension. En matière de ressources humaines, l'objectif est clair mais difficile à réaliser : placer au bon poste la personne adéquate possédant les compétences recherchées pour qu'elle s'acquitte des tâches appropriées.

Pour chaque ensemble d'interventions, il faudrait définir une catégorie spécifique de personnel de santé qui assume la responsabilité de l'exécution des interventions à chaque niveau de la mise en œuvre des services. Par exemple, les professionnels des soins de santé primaires peuvent traiter la plupart des cas d'épilepsie avec des médicaments antiépileptiques de première intention, alors que les cas complexes doivent être adressés à un spécialiste. L'accès aux services de santé peut être amélioré en faisant intervenir plusieurs catégories de professionnels à divers niveaux du système de santé. Là où les médecins et les infirmières sont en effectif réduit, certaines des interventions prioritaires peuvent être effectuées par des agents de santé communautaires, à l'issue d'une formation spécifique et avec la supervision qui convient. Pour de nombreuses affections prioritaires, les interventions devraient être réalisées selon un modèle de soins par étapes, avec des rôles clairement définis pour chaque niveau de soins, depuis les soins de santé primaires jusqu'aux soins très spécialisés. Un tel modèle

nécessite une formation adaptée à chaque catégorie de professionnels de santé.

Il est également nécessaire de définir les compétences supplémentaires pouvant être requises de chaque catégorie de professionnels de santé. Il se peut que certaines compétences nécessitent d'être renforcées ; peut-être faut-il aussi en acquérir de nouvelles. Par exemple, les professionnels des soins de santé primaires pourraient avoir besoin d'une formation sur les interventions psychosociales concernant la schizophrénie. L'étape suivante est de décider comment acquérir ces compétences supplémentaires.

Quelques mesures clefs :

- formation appropriée des différentes catégories de professionnels de santé, dispensée au préalable et en cours d'emploi, selon des programmes bien ciblés fondés sur les besoins ;
- amélioration de l'accès aux informations et aux connaissances ;
- mise en place d'un soutien sous forme de supervision ; et
- mise au point d'outils simplifiés de diagnostic et de traitement.

À court et à moyen terme, dans la plupart des pays, il faudra investir dans la formation en cours d'emploi. Parallèlement, des efforts devraient être engagés à bref délai pour renforcer les programmes de base (formation préalable).

Des stratégies sont nécessaires pour former des spécialistes, pour gérer et traiter les cas complexes, pour superviser les activités en cours et assister les non-spécialistes, et pour former d'autres professionnels de la santé.

Mobilisation de ressources financières

La plupart des pays à revenu faible et moyen n'assignent pas des ressources financières adaptées aux soins à prodiguer en cas de troubles MNS. La mobilisation des ressources financières requises pour l'extension des soins est par conséquent une tâche importante. Le juste établissement des coûts est une première étape

nécessaire pour établir des budgets réalistes et évaluer le manque de ressources, avant de pouvoir mobiliser celles-ci. On aura recours à différents types d'estimations des coûts en fonction des différents objectifs. L'OMS a mis au point un outil d'établissement des coûts pour estimer les coûts financiers à engager pour atteindre un certain taux de couverture au moyen d'un ensemble d'interventions intégrées. Une étude récente a été conduite afin de calculer les besoins en ressources et les coûts associés à l'extension d'un ensemble clef d'interventions dans le domaine des soins de santé mentale dans plusieurs pays à revenu faible ou moyen (Encadré 5).

Bien que les investissements estimés ne soient pas importants en valeur absolue, ils représentent un changement d'orientation notable par rapport aux crédits budgétaires accordés actuellement à la santé mentale. Si le budget total de santé reste le même pendant 10 ans, l'exécution de l'ensemble spécifié de soins de santé mentale conformément à la couverture cible, représentera la moitié des dépenses totales de santé en Éthiopie et 8,5 % de ces dépenses en Thaïlande. Ainsi, l'augmentation des budgets de santé est une nécessité, en particulier dans les pays à faible revenu. Cet exercice de modélisation met également en lumière qu'il faut revoir la fourniture des services de santé mentale. En particulier, les modèles de soins fondés sur les établissements doivent être remplacés par des soins à assise communautaire et il faut mettre en place davantage d'interventions reposant sur des bases factuelles.

Un autre exemple est fourni par une étude dont le but était d'estimer la charge évitable associée à l'épilepsie et les coûts pour la population d'un traitement à base de médicaments antiépileptiques de première intention dans des pays en développement de neuf sous-régions de l'OMS. Cette étude a fait ressortir que l'extension de la couverture du traitement à base d'antiépileptiques à 50 % des cas d'épilepsie primaire allègerait entre 13 et 40 % de la charge existante, à un coût annuel de 0,20 à 1,33 dollars internationaux par personne. À un taux de couverture de 80 %, le traitement allègerait entre 21 et 62 % de la charge. Dans l'ensemble des neuf sous-régions, le coût permettant d'assurer aux malades une année supplémentaire de vie en bonne santé était inférieur au revenu moyen par personne.

Encadré 5. Coût de l'extension des soins de santé mentale dans les pays à revenu faible et moyen

Une étude récente a permis d'évaluer les besoins en ressources et les coûts associés à l'extension sur 10 ans d'un ensemble d'interventions clés concernant des soins de santé mentale. L'ensemble défini pour ce projet comprend essentiellement des traitements pharmacologiques et psychosociaux contre trois types de troubles mentaux – la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression – et des interventions succinctes contre un facteur de risque, la consommation dangereuse d'alcool.

L'extension des interventions rentables a été envisagée dans un cadre général de prestation de services, dans lequel la plupart des utilisateurs des soins de santé mentale étaient traités au niveau des soins de santé primaires, les cas complexes étant adressés à des services plus spécialisés. La couverture cible était de 80 % pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, et de 25 % et 33 % pour la consommation dangereuse d'alcool et la dépression, respectivement. Les besoins en ressources humaines pour l'exécution de l'ensemble d'interventions ont été établis sur la base d'évaluations d'études précédentes.

Le coût annuel de l'extension de l'ensemble clef d'interventions pour atteindre les personnes nécessiteuses a été calculé

comme étant le produit de cinq facteurs : la population adulte totale \times le taux de prévalence annuelle chez les adultes \times le taux de couverture des services \times le taux d'utilisation des services \times le coût unitaire des services. Il a aussi été calculé d'autres coûts associés à la gestion du programme, à la formation et à la supervision, et à l'infrastructure. Par exemple, au niveau actuel de couverture des services, les dépenses annuelles engagées pour mettre en œuvre l'ensemble d'interventions de santé, ont été estimées à US \$ 0,12 par personne en Éthiopie et à US \$ 1,25 par personne en Thaïlande. Or, pour parvenir à la couverture cible en 10 ans, il faudrait augmenter les dépenses totales de 13 fois en Éthiopie (pour atteindre US \$ 1,58 par personne) et de trois fois en Thaïlande (pour atteindre US \$ 4 par personne).

Les résultats de l'étude ont montré que le coût supplémentaire de l'extension des services de santé sur 10 ans pour atteindre la couverture cible était supportable en valeur absolue mais que l'entreprise serait difficile.

Source : D. Chisholm, C. Lund, S. Saxena. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, 2007 ; vol. 191, p. 528–535.

Pour une bonne durabilité, il faudrait réduire autant que possible les coûts marginaux du renforcement des services de prise en charge des troubles MNS en s'appuyant sur les stratégies et les plans existants. La fourniture de ces services nécessitera un financement des gouvernements, pour l'obtention duquel les partenaires devront défendre fermement leur position. Si les stratégies relatives aux troubles MNS pouvaient être intégrées aux plans gouvernementaux de développement d'autres secteurs, le domaine de la santé mentale pourrait bénéficier de ressources et d'investissements durables.

Les ressources pour la fourniture des services de prise en charge des troubles MNS peuvent être de provenances diverses :

- La part consacrée à ces affections dans les budgets de santé nationaux pourrait être augmentée. Il est mis en évidence dans l'atlas de la santé mentale (*Mental Health Atlas*), que près d'un tiers des pays ne disposent pas d'un budget spécifique à la santé mentale. Même les pays qui assignent des fonds à la santé mentale, ne consacrent à celle-ci qu'une part limitée de leur budget : 21 % investissent dans la santé mentale moins de 1 % de leur budget total de santé. La sensibilisation jouera un rôle important pour encourager les pays à augmenter cette proportion.
- Des fonds alloués à d'autres activités pourraient être réaffectés au profit de l'ensemble d'interventions. Si, à court terme, le pourcentage du budget de santé

consacré à la santé mentale ne peut pas être augmenté, il est éventuellement possible de réaffecter des ressources destinées initialement à des hôpitaux psychiatriques au profit de services à assise communautaire, puisqu'il est avéré que ces derniers sont plus efficaces et plus rentables que les hôpitaux.

- Des fonds extérieurs pourraient être utilisés. Les budgets de santé de nombreux pays à revenu faible ou moyen étant très réduits, l'extension des soins de santé mentale nécessitera généralement des fonds provenant de sources extérieures ou de donateurs. Les pays peuvent obtenir des crédits supplémentaires par le biais d'initiatives spéciales de financement, notamment grâce à l'aide au développement, à des institutions bilatérales et multilatérales et à des fondations. L'obtention de ressources extérieures, idéalement selon un calendrier qui permette de maintenir le rythme et de réduire les délais, est une tâche indispensable au processus d'extension.

Il faudrait élaborer un plan d'action et une stratégie de mobilisation des ressources fondée sur l'évaluation des besoins et des ressources existantes. L'OMS pourrait appuyer des centres de liaison pour les troubles MNS au sein des pays, afin d'élaborer des propositions, de définir des activités spécifiques et de financer le développement des services de prise en charge des troubles MNS.

Suivi et évaluation

L'idée selon laquelle «ce qui est mesuré est accompli», résume l'importance du suivi et de l'évaluation pour la planification et la mise en œuvre du programme. La portée du suivi et de l'évaluation est à l'image de l'envergure du plan de mise en œuvre. Le processus devrait comprendre la sélection d'indicateurs et la définition d'outils et de méthodes de mesure. Chaque pays devra déterminer quels indicateurs de mesure choisir et à quelle fin ; quand, où et comment prendre les mesures ; et quelles sources de données utiliser. Il faudra également que les pays planifient l'analyse et l'utilisation des données.

Les indicateurs de mesure peuvent porter sur les ressources consacrées aux programmes et aux activités, les

réalisations, les résultats et l'efficacité/l'état de santé. (Figure 4).

Il existe seulement quelques indicateurs universels et chaque stratégie d'extension doit comporter ses propres indicateurs. Quelques exemples d'indicateurs de ressources :

- nombre de sites du pays où la stratégie d'extension est mise en œuvre ;
- mesure dans laquelle des méthodes de gestion et des procédures sont élaborées ;
- existence d'une politique, d'un programme ou d'un plan officiels concernant la santé mentale ;
- part spécifiée du budget total de santé consacrée à la santé mentale ; et
- proportion des dépenses totales de santé mentale affectée aux services à assise communautaire.

Quelques exemples d'indicateurs de réalisations :

- proportion des établissements de soins de santé primaires où exercent des professionnels de santé qualifiés pour le diagnostic et le traitement des troubles MNS ; et
- proportion des établissements de soins de santé primaires disposant de produits tels les médicaments essentiels pour le traitement des troubles MNS.

Exemple d'indicateur de résultats :

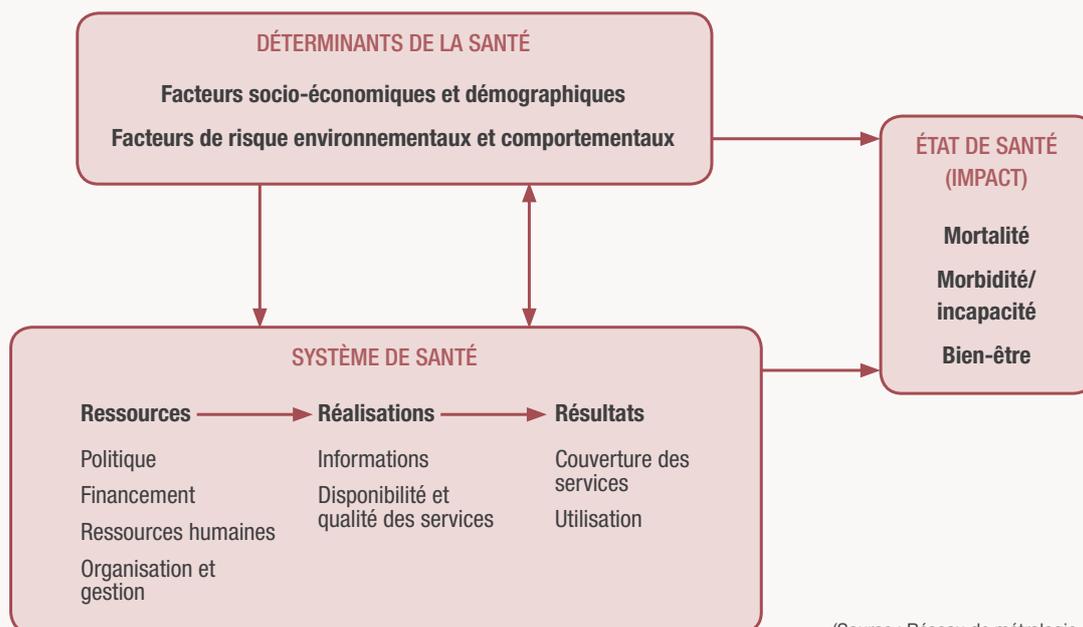
- nombre de personnes traitées chaque année pour des troubles MNS par rapport au taux de prévalence des troubles MNS estimé pour l'année.

Quelques exemples d'indicateurs d'efficacité/d'état de santé :

- prévalence des troubles MNS et charge (DALY) correspondante ; et
- décès par suicide et taux de blessures auto-infligées.

Les décisions quant à la fréquence des mesures provenant des indicateurs de réalisations sélectionnés devraient être prises en fonction de la phase de mise en œuvre des activités. Les indicateurs de réalisations

Figure 4 : Cadre pour l'évaluation des informations relatives à la santé



sont généralement observés sur une base continue et devraient être examinés tous les ans ou tous les deux ans pour réajuster les plans relatifs aux activités. Les indicateurs de résultats et d'état de santé sont mesurés périodiquement, en général tous les 3 à 5 ans. Plusieurs méthodes pourraient être utilisées pour obtenir les données nécessaires au calcul des indicateurs prioritaires.

Les sources de données comprennent les rapports des établissements de santé, les visites de supervision, le contrôle des établissements de santé, les informations sur les programmes nationaux ou de district, les enquêtes auprès des établissements de santé ou des fournisseurs, les enquêtes dans les foyers et les études particulières sur des questions spécifiques.

Établissement de partenariats

Un programme n'est efficace que s'il est à l'origine de mesures concrètes. Dans *mhGAP*, il est fondamental d'établir des partenariats fructueux, ce qui revient à renforcer l'engagement des partenaires existants, attirer et dynamiser de nouveaux partenaires, et accélérer les efforts et accroître les investissements afin de réduire la charge associée aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Aucune personne ni organisation ne peut relever seule le défi ; la mise en œuvre du programme exige ainsi une volonté politique accrue, des investissements publics, la sensibilisation des agents de santé, la participation des familles et des communautés, et une collaboration entre les gouvernements, les organisations internationales et les autres parties concernées.

L'OMS a un rôle important à jouer en tant qu'organisation technique chef de file dans le domaine de la santé. Sa structure est organisée autour de son personnel, basé au siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays. Cette structure est idéalement adaptée à la mise en œuvre de programmes fondés sur les pays. Il est prévu dans le plan stratégique à moyen terme de l'OMS (http://www.who.int/gb/f/f_amtsp.html) des objectifs unifiés et des stratégies pour les réaliser, ainsi que des contributions provenant des capacités distinctes mais complémentaires des différents bureaux de l'OMS. L'Organisation est bien placée pour réaliser systématiquement les activités cruciales définies dans le cadre de l'action dans les pays. Le Département de l'OMS Santé mentale et abus de substances psychoactives, en consultation avec ses bureaux régionaux, a montré la voie en développant cette stratégie. L'établissement de partenariats entre les programmes de l'OMS et avec d'autres partenaires est essentiel à la mise en œuvre de *mhGAP*.

Encadré 6. Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence

Établies par 27 organismes, ces directives ont été avalisées par le CPI, composé de dirigeants d'institutions des Nations Unies, d'organisations intergouvernementales, des institutions de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et de groupes importants d'ONG. Leur processus d'établissement a considérablement renforcé la collaboration entre les organismes. Les directives sont fondées sur les principes suivants : respect des droits de l'homme, participation, valorisation des ressources existantes, intégration des soins, soutien à plusieurs niveaux et évitement des dommages. De nombreux organismes les appliquent

actuellement et l'OMS encourage les donateurs à s'y référer lorsqu'ils décident d'attribuer des ressources. Les directives sont conçues pour favoriser une utilisation plus efficace des ressources affectées aux soins que nécessitent les troubles mentaux et liés à l'usage de substances. Elles s'appliquent dans un cadre multisectoriel et visent à définir les premières réponses à apporter pour préserver la santé mentale et offrir un soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

Site Web : <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial.pdf>

Institutions des Nations Unies

De nombreuses organisations internationales, par exemple l'UNICEF, ont un programme de santé. Élargir l'accès aux soins nécessite des partenariats entre les différentes organisations de façon que les ressources financières limitées soient attribuées en toute impartialité. La santé mentale dans les situations d'urgence en est un bon exemple. L'assistance en faveur de la santé mentale dans les situations critiques exige probablement plus que tout autre domaine des directives autoritaires et une collaboration interorganisations. C'est pourquoi en 2007, l'OMS a créé et co-présidé une équipe spéciale qui a établi les *Directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (Encadré 6).

Ministères gouvernementaux

Les ministères gouvernementaux sont les partenaires les plus importants pour l'action dans les pays. Chaque

gouvernement doit assumer la responsabilité de la planification et de la mise en œuvre de son plan stratégique. L'OMS étant une organisation multinationale, elle peut rassembler des pays qui ont des liens géographiques, sociaux et culturels, et qui sont confrontés à des problèmes similaires concernant les troubles MNS, pour qu'ils unissent leurs forces et tirent des enseignements de leurs expériences mutuelles. Le Réseau des îles du Pacifique sur la santé mentale (PIMHnet) illustre ce type de partenariat novateur (Encadré 7).

Donateurs

Les donateurs bilatéraux et multilatéraux financent de plus en plus le secteur de la santé. Une forte mobilisation est nécessaire pour faire figurer les troubles MNS parmi les priorités des donateurs qui offrent une assistance sanitaire aux pays à revenu faible et moyen, et pour obtenir une augmentation importante des ressources allouées pour faire face à ces troubles. Toutefois, il ne suffit pas

Encadré 7. Réseau des îles du Pacifique sur la santé mentale (PIMHnet) – Former des partenariats pour améliorer les soins de santé mentale

Le Réseau des îles du Pacifique sur la santé mentale (PIMHnet), instauré par l'OMS lors de la Réunion des Ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique en 2007 à Vanuatu, regroupe 16 pays insulaires du Pacifique. Travaillant en collaboration, les pays du réseau peuvent mettre à profit leur expérience collective, leurs connaissances et leurs ressources pour promouvoir la santé mentale et mettre en place des systèmes de santé mentale dans lesquels il est proposé des traitements et des soins efficaces.

En consultation avec les pays, PIMHnet a permis de désigner plusieurs domaines de travail prioritaires, notamment : la sensibilisation ; les ressources humaines et la formation ; la politique de santé mentale, la planification, la législation et le développement des services ; l'accès aux médicaments psychotropes ; et la recherche et l'information. Les pays du réseau se réunissent chaque année pour élaborer des plans de travail dans lesquels il est défini des domaines d'action

essentiels pour traiter ces priorités. Ces plans de travail doivent être officiellement approuvés par les ministres de la santé. Des centres de liaison désignés officiellement dans chaque pays assurent la coordination et la liaison entre les membres de PIMHnet, et avec le secrétariat du réseau et l'équipe au sein du pays.

L'une des stratégies importantes de PIMHnet consiste à former des partenariats stratégiques avec des ONG et d'autres organismes œuvrant dans la région du Pacifique pour limiter le morcellement existant des activités en faveur de la santé mentale ; élaborer des stratégies efficaces et coordonnées en réponse aux lacunes de la couverture thérapeutique ; améliorer les soins de santé mentale ; et mettre un terme à la stigmatisation, à la discrimination et aux violations des droits des personnes souffrant de troubles mentaux.

Site Web : http://www.who.int/mental_health/policy/country/pimhnet/en/index.html

d'augmenter le financement. Les ressources doivent être réparties équitablement et utilisées de façon optimale. Pour permettre cette répartition, il est nécessaire que les organismes de santé publique et les communautés professionnelles des pays à revenu faible et moyen soient des partenaires actifs.

ONG et centres collaborateurs de l'OMS

Les ONG qui ont des activités au plan local, national et international peuvent contribuer de nombreuses façons à la mise en œuvre du programme (Encadré 8). Par exemple, les organismes de professionnels de la santé peuvent apporter une contribution en garantissant que l'éducation et la formation de base de tous les professionnels de la santé comprend la gestion des troubles MNS. Le réseau des centres collaborateurs de l'OMS regroupe également des partenaires importants qui interviennent dans la mise en œuvre du programme.

Encadré 8. Campagne mondiale contre l'épilepsie, menée par la Ligue internationale contre l'Epilepsie, le Bureau international pour l'Epilepsie et l'OMS

Près de 50 millions de personnes dans le monde souffrent d'épilepsie, maladie dont les conséquences se répercutent sur l'entourage des malades (parents, amis, employés, professeurs). Quatre-vingt pour cent des épileptiques vivent dans un pays en développement et 80 % d'entre eux ne reçoivent pas de traitement approprié en dépit de l'existence d'interventions à la fois efficaces et peu coûteuses.

Il est impératif d'engager un effort mondial contre cette affection universelle. Les trois principales organisations internationales de lutte contre l'épilepsie (la Ligue internationale contre l'Epilepsie, le Bureau international pour l'Epilepsie et l'OMS) ont uni leurs forces en 1997 pour lancer la campagne mondiale contre l'épilepsie. Cette campagne vise à améliorer la fourniture d'informations sur l'épilepsie et ses conséquences, et à aider les gouvernements et les personnes touchées par la maladie à réduire la charge qui lui est associée.

À ce jour, plus de 90 pays participent à la campagne. Dans le cadre d'efforts généraux de sensibilisation, il a été organisé des conférences régionales et des déclarations régionales ont

été établies et adoptées. Il a été rédigé des rapports régionaux afin de cerner les problèmes actuels et de proposer des recommandations appropriées. Une évaluation des ressources a été entreprise dans le cadre du projet Atlas et de l'atlas sur les soins aux épileptiques dans le monde (*Atlas: Epilepsy Care in the World*), dans lequel il est présenté les ressources disponibles dans 160 pays pour traiter l'épilepsie.

Les projets de démonstration sont l'une des activités visant à aider les pays à élaborer leurs programmes nationaux concernant l'épilepsie. L'objectif ultime de ces projets est la conception de plusieurs modèles efficaces de lutte contre l'épilepsie qui puissent être intégrés dans le système de soins de santé des pays participants.

Le succès de la campagne mondiale contre l'épilepsie est en grande partie dû à la collaboration entre des ONG, telles la Ligue internationale contre l'Epilepsie et le Bureau international pour l'Epilepsie, et l'OMS.

Site Web : http://www.who.int/mental_health/management/globalepilepsycampaign/en/index.html

Société civile

La société civile, y compris les utilisateurs de services, les auxiliaires de vie et les membres des familles, sont des partenaires essentiels pour l'amélioration des services. La participation des utilisateurs/patients et de leurs auxiliaires de vie est un aspect important des soins et des traitements, qui dépasse les soins de santé et la protection sociale. Les acteurs du secteur social devraient fournir un soutien social aux personnes souffrant de troubles MNS, en s'appuyant sur les ressources locales et en apportant des ressources extérieures si nécessaire. La participation des utilisateurs de services et de leurs familles à la planification et à la fourniture des services de prise en charge des troubles MNS a considérablement augmenté au cours des dix dernières années. Les mouvements d'utilisateurs font entendre leur voix avec succès pour susciter un changement d'attitude envers les personnes touchées par ces affections. Le Forum mondial pour la santé mentale communautaire en est l'illustration (Encadré 9).

Encadre 9. *Forum mondial pour la santé mentale communautaire*

De l'avis général, les progrès accomplis vers l'établissement de services communautaires de santé mentale ont été plutôt lents en dépit du fait avéré que ces services apparaissent comme les plus efficaces pour promouvoir la santé mentale et le respect des droits de l'homme. L'OMS a convoqué le *Forum mondial pour la santé mentale communautaire* afin d'encourager les efforts dans ce domaine. La mission du Forum est de proposer un réseau d'encadrement et de soutien à toutes les personnes intéressées par la promotion des services de santé mentale communautaire destinés aux personnes souffrant de maladies mentales graves. Ce forum offre un cadre pour l'échange d'informations, la fourniture d'un soutien mutuel et l'expression du sentiment d'appartenance que partagent les utilisateurs, les familles, les prestataires et tous ceux qui désirent que les soins de santé mentale prodigués dans des établissements de placement à long terme soient remplacés par des soins efficaces à assise communautaire. Le forum est organisé sur la base du partenariat et compte actuellement parmi ses partenaires BasicNeeds, Christian Blind Mission et l'Association mondiale de la réadaptation psychosociale. Le ministère de la santé du Royaume-Uni apporte une assistance active au forum. Les groupes d'utilisateurs et les familles sont également très impliqués.

La première session du *Forum mondial pour la santé mentale communautaire* a été organisée en mai 2007, à Genève. Deux ateliers régionaux sont prévus chaque année, en plus de la réunion mondiale. Ces ateliers offriront des possibilités aux petites ONG d'obtenir l'appui nécessaire pour leurs travaux relatifs aux soins de santé mentale dans la communauté et de mettre au point des meilleures pratiques pouvant être adoptées par d'autres.

Site Web : <http://www.gfcmh.com>

Le temps est venu d'agir !

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives sont répandus et représentent une charge importante en termes de santé publique. Ils sont associés à la pauvreté, à la marginalisation et au fait d'être socialement défavorisé. La stigmatisation des personnes souffrant de troubles MNS et violation de leurs droits vient aggraver le problème. Il existe des interventions efficaces pour réduire cette charge, qui peuvent être mises en œuvre même dans des contextes où les ressources manquent.

Il est nécessaire de développer les services de prise en charge des troubles MNS dans tous les pays, mais plus particulièrement dans les pays à revenu faible et moyen de sorte que les soins disponibles soient en proportion des besoins. Le programme *mhGAP* vise à faire de la santé mentale une priorité du programme mondial de santé publique. Il a pour objectif d'élargir l'accès aux soins pour plusieurs affections prioritaires en exécutant un ensemble d'interventions réalisables et déterminées sur la base des faits. Ses concepteurs préconisent un appui résolu et durable, ainsi que des efforts coordonnés pour aider les pays à améliorer la couverture et la qualité des services. Ils proposent leur vision des choses et des recommandations sur les moyens de répondre à ce besoin de santé publique.

L'extension des soins de santé mentale est un processus social, politique et institutionnel qui engage de nombreux contributeurs, groupes d'intérêts et organisations. Les gouvernements, les professionnels de la santé spécialistes des troubles MNS, la société civile, les communautés et les familles, avec le soutien de la communauté internationale, sont tous responsables conjointement de la réussite du processus d'extension. La voie à suivre est d'établir des alliances et des partenariats novateurs. Il est nécessaire que tous les partenaires s'engagent pour répondre à l'urgence de ce besoin de santé publique. Le temps est venu d'agir !

Annexe 1 :

Charge en termes de santé publique correspondant aux affections prioritaires prises en compte dans le programme *mhGAP*

Le tableau vise à présenter, pour les affections prioritaires prises en compte dans le programme *mhGAP*, la charge induite par les troubles MNS et ses liens avec d'autres maladies et secteurs.

Affections prioritaires	Charge	Liens avec d'autres maladies	Liens avec d'autres secteurs
Dépression	<p>Premier facteur de la charge non létale, la dépression est responsable d'un grand nombre de DALY perdues dans le monde.</p> <p>Quatrième cause de la charge mondiale de morbidité (en DALY), elle devrait passer au rang de deuxième cause en 2030.</p> <p>On estime que le taux de prévalence de huit troubles dépressifs ou dysthymiques majeurs au cours de la vie se situe entre 4,2 et 17 % (moyenne pondérée 12,1 %).</p>	<p>Facteur de risque pour le suicide et de nombreuses maladies non transmissibles, comme l'accident vasculaire cérébral, les cardiopathies coronariennes et le diabète de type 2.</p> <p>La dépression comorbide est un facteur aggravant, par ex., risque de mortalité accru après un infarctus du myocarde.</p> <p>L'infection par le VIH-1 est associée à une fréquence plus élevée de la dépression ; la dépression comorbide a une incidence négative sur l'observance de la thérapie antirétrovirale. Il est démontré que celle-ci s'améliore quand la dépression comorbide est traitée.</p> <p>La dépression comorbide affecte également l'observance des traitements concernant d'autres maladies, telles le diabète et la tuberculose.</p> <p>La dépression post-partum a des conséquences négatives pour la première relation entre la mère et le nourrisson et pour le développement psychologique de l'enfant. La dépression maternelle est un facteur de risque de retard de croissance chez l'enfant. Il se peut qu'une mère dépressive tarde à demander de l'aide si son enfant a une maladie potentiellement grave.</p>	

Affections prioritaires	Charge	Liens avec d'autres maladies	Liens avec d'autres secteurs
<p>Schizophrénie et autres troubles psychotiques</p>	<p>Le risque, à la naissance, d'apparition de la schizophrénie est de 0,08 à 0,44 % ; il est de 0,64 à 1,68 % pour les psychoses non-affectives. Le taux de prévalence des psychoses non-affectives au cours de la vie est estimé entre 0,3 et 1,6 %.</p> <p>1,1 % du nombre total de DALY perdues est le fait de la schizophrénie. 2,8 % du total des années vécues avec une incapacité sont dus à la schizophrénie, cette maladie de longue durée apparaissant tôt et entraînant une incapacité importante.</p>	<p>Facteur de risque de suicide.</p> <p>L'utilisation de substances psychoactives est fréquente chez les schizophrènes.</p> <p>La schizophrénie maternelle est régulièrement associée à des accouchements prématurés et à un faible poids de naissance des nourrissons.</p>	<p>La schizophrénie est l'une des affections les plus stigmatisées, ce qui aboutit à des violations des droits de l'homme des malades et à une discrimination dans des domaines comme l'emploi, le logement et l'éducation.</p>
<p>Suicide</p>	<p>Le suicide est la troisième cause de décès dans le monde chez les personnes âgées de 15 à 34 ans, et la 13ème cause de décès pour toutes les classes d'âge confondues. Environ 875 000 personnes se suicident chaque année.</p> <p>Le suicide dans le monde représente 1,4 % de la charge de morbidité (en DALY).</p>	<p>Des taux élevés de suicide sont associés à des troubles mentaux comme la dépression et la schizophrénie.</p> <p>Des taux élevés de suicide sont associés à la dépendance à l'alcool et aux drogues.</p>	<p>Il existe un lien entre les difficultés vécues pendant l'enfance, notamment les agressions physiques, émotionnelles et sexuelles, et un risque élevé de suicide.</p> <p>Le suicide est l'aboutissement de nombreux facteurs socioculturels complexes et est davantage susceptible de survenir pendant les situations de crise socio-économique, familiale et personnelle (par ex., perte d'un être cher, perte d'emploi, violence conjugale ou familiale).</p> <p>Un accès facile aux moyens létaux, par exemple à des pesticides, est lié à des taux élevés de suicide.</p>
<p>Épilepsie</p>	<p>Le taux de prévalence de l'épilepsie active dans le monde est de 5 à 8 pour 1 000.</p> <p>L'épilepsie touche environ 50 millions de personnes dans le monde, dont 80 % vivent dans un pays en développement.</p> <p>Le risque pour un épileptique de décéder prématurément est deux à trois fois plus élevé que pour la population générale.</p>	<p>Les causes prénatales et périnatales (complications obstétriques, prématurité, faible poids de naissance et asphyxie néonatale) sont des facteurs de risque d'apparition de l'épilepsie.</p> <p>Parmi les autres causes, on peut citer : les traumatismes crâniens, les infections du système nerveux central, les maladies vasculaires cérébrales, les tumeurs au cerveau et les maladies neurodégénératives.</p>	<p>L'épilepsie est à l'origine d'une charge cachée associée à une stigmatisation, à une discrimination et à des violations des droits de l'homme envers les personnes atteintes, dans la communauté, sur le lieu de travail, à l'école et au sein du foyer.</p>

Affections prioritaires	Charge	Liens avec d'autres maladies	Liens avec d'autres secteurs
Démence	<p>Environ 24,3 millions de personnes souffrent de démence dans le monde et ce chiffre devrait doubler tous les 20 ans.</p> <p>60 % des personnes souffrant d'une démence vivent dans un pays en développement.</p> <p>Les études menées dans les pays en développement ont révélé que le taux de prévalence de la démence se situait entre 0,84 et 3,5 %.</p> <p>Les aidants familiaux apportent un grand soutien aux personnes souffrant de démence, qui peuvent rencontrer d'importantes difficultés psychologiques, pratiques et économiques. Aux États-Unis, le coût annuel des soins informels a été chiffré à \$ 18 milliards par an (dollar de 1998).</p>	<p>Le traitement d'une maladie cardiovasculaire sous-jacente et des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire peut contribuer à prévenir une future maladie vasculaire cérébrale pouvant entraîner une démence vasculaire.</p> <p>D'autres troubles, tels l'hypothyroïdie ou une carence en vitamine B12, qui pourraient conduire à une démence ou aggraver une démence existante, peuvent facilement être traités, les coûts des traitements étant beaucoup moins élevés que les coûts de prise en charge d'une démence.</p>	<p>La démence est à l'origine de difficultés professionnelles pour les auxiliaires de vie et les services d'assistance sociale.</p>
Troubles liés à la consommation d'alcool	<p>4,4 % de la charge mondiale de morbidité est attribuable à la consommation d'alcool.</p> <p>Les troubles neuropsychiatriques dus à la consommation d'alcool, y compris la dépendance à l'alcool, représentent 34 % de la charge de morbidité et d'incapacités attribuable à l'alcool.</p> <p>Dans certains pays d'Amérique du Nord, d'Amérique centrale et d'Europe de l'Est, on estime à 10 % environ la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool.</p> <p>Même si les consommateurs les plus à risque dans le monde sont les hommes, les femmes sont particulièrement touchées par l'alcoolisme (par ex., violence domestique liée à l'alcool).</p>	<p>La consommation d'alcool a un lien de causalité avec plus de 60 problèmes de santé portant un code dans la classification internationale des maladies, notamment les atteintes hépatiques, les dommages au pancréas, les suicides, les blessures involontaires et les déséquilibres hormonaux.</p>	<p>Les troubles liés à la consommation d'alcool ont des conséquences pour les services sociaux, le secteur de la fiscalité, les services de maintien de l'ordre et de justice pénale, les services d'incendie, les transports, le code de la route, l'industrie de l'alcool, le secteur agricole, le tourisme, l'accueil et l'industrie des loisirs.</p>

Affections prioritaires	Charge	Liens avec d'autres maladies	Liens avec d'autres secteurs
<p>Troubles liés à la consommation de drogues illicites</p>	<p>200 millions de personnes dans le monde auraient consommé des drogues illicites pendant la période 2005–2006.</p> <p>Dans les pays développés, on estime que le coût économique de la consommation de drogues illicites représente entre 0,2 et 2 % du produit intérieur brut.</p> <p>Selon les estimations, la consommation illicite d'opioïdes représentait 0,7 % du nombre total de DALY en 2000.</p> <p>On estime à 13 millions environ le nombre d'utilisateurs de drogues intraveineuses dans le monde.</p> <p>Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée : 3,8 % de la population mondiale âgée de plus de 15 ans en consomme. Bien que la consommation de cannabis représente 80 % de la consommation de drogues illicites dans le monde, la mortalité et la morbidité attribuables à cette consommation ne sont pas bien connues, même dans les pays développés.</p>	<p>Les consommateurs dépendants à l'héroïne ont un risque accru de décès prématuré par overdose, par suicide, ou en raison de violences ou de causes liées à la consommation d'alcool.</p> <p>5 à 10 % des nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde sont attribuables à l'injection de drogues au moyen d'équipements contaminés échangés.</p> <p>Les troubles liés à la consommation de drogues illicites sont associés à un risque accru de contamination par d'autres maladies infectieuses comme l'hépatite B et l'hépatite C.</p>	<p>Les troubles liés à la consommation de drogues illicites ont des conséquences pour les services sociaux, le système pénal, le secteur de l'éducation et la sécurité de la route.</p>

Affections prioritaires	Charge	Liens avec d'autres maladies	Liens avec d'autres secteurs
<p>Troubles mentaux chez les enfants</p>	<p>Les troubles mentaux survenus pendant la jeunesse tendent à persister à l'âge adulte. Inversement, les troubles mentaux chez les adultes ont souvent commencé pendant l'enfance ou l'adolescence. 50 % environ des troubles mentaux dont souffrent les adultes sont apparus avant l'âge de 14 ans.</p> <p>La charge associée aux troubles mentaux chez les enfants et les adolescents n'a pas été déterminée convenablement en termes de DALY.</p> <p>Une étude réalisée au Soudan, aux Philippines, en Colombie et en Inde a mis en évidence qu'entre 12 et 29 % des enfants âgés de 5 à 15 ans avaient des problèmes de santé mentale. Selon une étude sur les enfants et les adolescents nigériens, 62,2 % des jeunes nouvellement admis à la clinique avaient connu d'importants facteurs de stress psychosociaux au cours de l'année précédente. En Éthiopie occidentale, il a été signalé une prévalence de 17,7 % pour les troubles du comportement.</p> <p>La prévalence de la déficience intellectuelle (retard mental) dans les pays en développement varie entre 0,09 % et 18,3 % d'après les données communiquées.</p>	<p>Les enfants et les adolescents ayant perdu leurs parents à cause du VIH/sida ou qui sont eux-mêmes infectés, risquent d'avoir des problèmes neuropsychologiques.</p> <p>La mauvaise santé mentale est également associée à la violence et à la mauvaise santé sexuelle et génésique.</p> <p>La consommation d'alcool et la consommation de drogue sont des facteurs de risque majeurs de troubles mentaux chez les adolescents.</p> <p>Les premières causes évitables de la déficience intellectuelle sont les suivantes : carence en protéines ou malnutrition, carence en iode, traumatisme de la naissance et asphyxie du nouveau-né.</p>	<p>Il est avéré que les conflits armés affectent la santé mentale des enfants et des adolescents.</p> <p>Les déplacements depuis les foyers, les familles, les communautés et les pays en raison de guerres et d'autres situations d'urgence peuvent aboutir à des dépressions, à des suicides, à la consommation de substances psychoactives ou à d'autres problèmes chez les enfants.</p> <p>L'utilisation d'enfants soldats et la prostitution peuvent entraver le développement psychologique des enfants.</p> <p>Les systèmes éducatifs, les services sociaux, les systèmes de placement en famille d'accueil et en résidence et la justice pénale doivent supporter la charge associée aux troubles mentaux dont souffrent les enfants.</p>

Annexe 2 :

Charge imputable aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, et ressources humaines disponibles dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur

Pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur par région de l'OMS	Catégorie de revenu de la Banque mondiale	Revenu national brut par habitant (US \$ 2006)	Population en milliers (2002)	DALY en raison de troubles MNS (en milliers)	DALY en raison de troubles MNS (pour 100 000)	Professionnels de la santé mentale (pour 100 000)	Soignants (pour 1 000)
Région africaine							
Algérie	Moyen inférieur	3 030	31 266	431	1 377,5	3	3,36
Angola	Moyen inférieur	1 980	13 184	212	1 605,2	<0,001	1,27
Bénin	Faible	540	6 558	94	1 440,6	1,27	0,88
Burkina Faso	Faible	460	12 624	175	1 388,1	0,5	0,6
Burundi	Faible	100	6 602	118	1 787,2	1,72	0,22
Cameroun	Moyen inférieur	1 080	15 729	225	1 432,5	0,33	1,79
Cap-Vert	Moyen inférieur	2 130	454	7	1 547,3	2	1,36
Comoros	Faible	660	747	10	1 324,4	0,5	0,89
Congo	Moyen inférieur	950	3 633	62	1 708,2	0,39	1,16
Côte d'Ivoire	Faible	870	16 365	323	1 976,3	0,5	0,73
Érythrée	Faible	200	3 991	65	1 622,2	0,21	0,63
Éthiopie	Faible	180	68 961	954	1 382,8	0,48	0,25
Gambie	Faible	310	1 388	19	1 346,7	0,16	1,43
Ghana	Faible	520	20 471	372	1 818,0	2,15	1,07
Guinée	Faible	410	8 359	118	1 410,0	0,04	0,67
Guinée-Bissau	Faible	190	1 449	20	1 353,4	<0,001	0,82
Kenya	Faible	580	31 540	551	1 745,5	2,41	1,28
Lesotho	Moyen inférieur	1 030	1 800	31	1 729,6	1,54	0,67
Libéria	Faible	140	3 239	48	1 490,0	0,06	0,33
Madagascar	Faible	280	16 916	233	1 378,9	0,43	0,61
Malawi	Faible	170	11 871	188	1 585,3	2,5	0,61

Pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur par région de l'OMS	Catégorie de revenu de la Banque mondiale	Revenu national brut par habitant (US \$ 2006)	Population en milliers (2002)	DALY en raison de troubles MNS (en milliers)	DALY en raison de troubles MNS (pour 100 000)	Professionnels de la santé mentale (pour 100 000)	Soignants (pour 1 000)
Mali	Faible	440	12 623	179	1 417,5	0,24	0,61
Mauritanie	Faible	740	2 807	40	1 432,4	0,28	0,74
Mozambique	Faible	340	18 537	316	1 706,4	0,11	0,35
Namibie	Moyen inférieur	3 230	1 961	34	1 743,2	12,2	3,35
Niger	Faible	260	11 544	163	1 409,0	0,16	0,25
Nigéria	Faible	640	120 911	2 152	1 779,9	4,13	1,98
Ouganda	Faible	300	25 004	377	1 508,5	7,6	0,81
République centrafricaine	Faible	360	3 819	66	1 741,1	0,17	0,52
République démocratique du Congo	Faible	130	51 201	888	1 734,7	0,48	0,64
République-Unie de Tanzanie	Faible	350	36 276	516	1 421,1	2,245	0,39
Rwanda	Faible	250	8 272	129	1 555,0	1,13	0,48
Sao Tomé-et-Principe	Faible	780	157	2	1 486,1	3,301	2,36
Sénégal	Faible	750	9 855	130	1 323,6	0,295	0,38
Sierra Leone	Faible	240	4 764	74	1 547,0	0,12	0,39
Swaziland	Moyen inférieur	2 430	1 069	19	1 749,6	10,3	6,46
Tchad	Faible	480	8 348	113	1 347,9	0,03	0,32
Togo	Faible	350	4 801	67	1 400,7	0,24	0,47
Zambie	Faible	630	10 698	172	1 604,7	5,1	2,13
Zimbabwe	Faible	340	12 835	219	1 704,5	5,8	0,88
Région des Amériques							
Bolivie	Moyen inférieur	1 100	8 645	232	2 677,8	5,9	4,42
Colombie	Moyen inférieur	2 740	43 526	1 329	3 054,3	2	1,9
Cuba	Moyen inférieur	ND	11 271	303	2 686,4	33,7	13,35
El Salvador	Moyen inférieur	2 540	6 415	181	2 817,5	31,7	2,03
Équateur	Moyen inférieur	2 840	12 810	386	3 009,5	31,74	3,13
Guatemala	Moyen inférieur	2 640	12 036	283	2 354,7	1,35	4,94

Pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur par région de l'OMS	Catégorie de revenu de la Banque mondiale	Revenu national brut par habitant (US \$ 2006)	Population en milliers (2002)	DALY en raison de troubles MNS (en milliers)	DALY en raison de troubles MNS (pour 100 000)	Professionnels de la santé mentale (pour 100 000)	Soignants (pour 1 000)
Guyana	Moyen inférieur	1 130	764	28	3 646,5	1,2	2,77
Haïti	Faible	480	8 218	200	2 436,4	0	0,36
Honduras	Moyen inférieur	1 200	6 781	166	2 454,3	1,52	1,89
Jamaïque	Moyen inférieur	3 480	2 627	67	2 558,5	10,7	2,5
Nicaragua	Moyen inférieur	1 000	5 335	141	2 644,1	2,845	1,45
Paraguay	Moyen inférieur	1 400	5 740	156	2 720,9	1,88	2,89
Pérou	Moyen inférieur	2 920	26 767	726	2 711,4	13,06	1,84
République dominicaine	Moyen inférieur	2 850	8 616	212	2 463,0	4,6	3,71
Suriname	Moyen inférieur	3 200	432	13	3 027,6	17,07	2,07
Région de la Méditerranée orientale							
Afghanistan	Faible	ND	22 930	612	2 670,9	0,196	0,4
Djibouti	Moyen inférieur	1 060	693	11	1 590,9	0,16	0,6
Égypte	Moyen inférieur	1 350	70 507	1 194	1 694,1	3,4	2,53
Iraq	Moyen inférieur	ND	24 510	402	1 640,0	1,05	1,97
Jordanie	Moyen inférieur	2 660	5 329	100	1 876,0	5,6	5,27
Maroc	Moyen inférieur	1 900	30 072	490	1 630,7	2,637	1,3
Pakistan	Faible	770	149 911	3 435	2 291,5	0,88	1,2
République arabe syrienne	Moyen inférieur	1 570	17 381	245	1 411,5	1	3,34
République du Yémen	Faible	760	19 315	302	1 563,2	1,83	0,99
République islamique d'Iran	Moyen inférieur	3 000	68 070	1 676	2 462,6	5	1,83
Somalie	Faible	ND	9 480	148	1 565,5	0,28	0,23
Soudan	Faible	810	32 878	499	1 518,1	0,56	1,14
Tunisie	Moyen inférieur	2 970	9 728	168	1 726,1	2,4	4,21

Pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur par région de l'OMS	Catégorie de revenu de la Banque mondiale	Revenu national brut par habitant (US \$ 2006)	Population en milliers (2002)	DALY en raison de troubles MNS (en milliers)	DALY en raison de troubles MNS (pour 100 000)	Professionnels de la santé mentale (pour 100 000)	Soignants (pour 1 000)
Région européenne							
Albanie	Moyen inférieur	2 960	3 141	64	2 034,2	7	5,52
Arménie	Moyen inférieur	1 930	3 072	62	2 024,5	4,48	8,41
Azerbaïdjan	Moyen inférieur	1 850	8 297	170	2 049,9	9,4	11,83
Bélarus	Moyen inférieur	3 380	9 940	300	3 014,3	36,84	16,71
Bosnie-Herzégovine	Moyen inférieur	2 980	4 126	100	2 422,0	12,33	5,76
Ex-République yougoslave of Macédoine	Moyen inférieur	3 060	2 046	46	2 238,4	35	8,09
Géorgie	Moyen inférieur	1 560	5 177	126	2 442,5	30	7,85
Kirghizistan	Faible	490	5 067	123	2 430,7	18,6	9,17
Ouzbékistan	Faible	610	25 705	561	2 183,4	10,65	13,38
République de Moldova	Moyen inférieur	1 100	4 270	145	3 388,6	40,7	8,93
Tadjikistan	Faible	390	6 195	141	2 278,8	5,5	7,22
Turkménistan	Moyen inférieur	ND	4 794	109	2 280,9	3	13,22
Ukraine	Moyen inférieur	1 950	48 902	1 376	2 813,2	43,36	11,08
Région de l'Asie du Sud-Est							
Bangladesh	Faible	480	143 809	3 472	2 414,4	0,113	0,57
Bhoutan	Moyen inférieur	1 410	2 190	52	2 393,6	0,46	0,27
Inde	Faible	820	1 049 550	27 554	2 625,3	0,31	1,87
Indonésie	Moyen inférieur	1 420	217 131	4 165	1 918,4	2,91	0,95
Maldives	Moyen inférieur	2 680	309	6	1 977,6	1,56	3,62
Myanmar	Faible	ND	48 852	1 010	2 067,5	1,11	1,34
Népal	Faible	290	24 609	572	2 324,1	0,32	0,67
République populaire démocratique de Corée	Faible	ND	22 541	446	1 977,9	0	7,41

Pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur par région de l'OMS	Catégorie de revenu de la Banque mondiale	Revenu national brut par habitant (US \$ 2006)	Population en milliers (2002)	DALY en raison de troubles MNS (en milliers)	DALY en raison de troubles MNS (pour 100 000)	Professionnels de la santé mentale (pour 100 000)	Soignants (pour 1 000)
Sri Lanka	Moyen inférieur	1 300	18 910	468	2 474,9	2,09	2,28
Thaïlande	Moyen inférieur	2 990	62 193	1 493	2 400,7	4,1	3,2
Timor-Leste	Faible	840	739	3	429,4	0	2,29
Région du Pacifique occidental							
Cambodge	Faible	480	13 810	271	1 962,4	0,88	1
Chine	Moyen inférieur	2 010	1 302 307	29 421	2 259,2	3,28	2,14
Fidji	Moyen inférieur	3 300	831	15	1 805,3	0,5	2,29
Îles Marshall	Moyen inférieur	3 000	52	1	1 870,9	4	3,45
Îles Solomon	Faible	680	463	7	1 602,1	0,9	0,98
Kiribati	Moyen inférieur	1 230	87	1	1 553,1	1	2,65
Micronésie (États fédérés de)	Moyen inférieur	2 380	108	2	1 683,6	4	4,5
Mongolie	Faible	880	2 559	56	2 178,8	16,7	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Faible	770	5 586	106	1 889,9	1,33	0,58
Philippines	Moyen inférieur	1 420	78 580	1 599	2 035,2	17,7	2,72
République démocratique populaire lao	Faible	500	5 529	154	2 781,3	0,03	1,61
Samoa	Moyen inférieur	2 270	176	3	1 654,6	0,5	2,74
Tonga	Moyen inférieur	2 170	103	2	1 666,2	8	3,69
Vanuatu	Moyen inférieur	1 710	207	3	1 620,7	0	2,46
Viet Nam	Faible	690	80 278	1 599	1 991,6	0,68	1,28

Les pays en gras répondaient aux critères pour bénéficier d'un appui renforcé (voir page 13).

ND = données exactes non disponibles, le revenu étant estimé à \$ 905 ou moins pour les pays à faible revenu et entre \$ 906 et \$ 3 595 pour les pays à revenu moyen inférieur.

Lectures recommandées

1. D. Chisholm, C. Lund, S. Saxena. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, 2007 ; vol. 191, p. 528–535.
2. D. Chisholm ; WHO-CHOICE. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia*, 2005 ; vol. 46, p. 751–759.
3. Comité permanent interorganisations (CPI). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Genève, Suisse, CPI, 2007 [disponibles en anglais, en arabe, en espagnol et en français].
4. D.T. Jamison *et al.* *Disease control priorities in developing countries*. 2^e édition, Washington, DC, États-Unis, Presses universitaires d'Oxford pour la Banque mondiale, 2006.
5. R. Kohn *et al.* *The treatment gap in mental health care*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 2004 ; vol. 82, p. 858–866.
6. Lancet Global Mental Health Group. Series on global mental health. *The Lancet*, publication en ligne, 4 septembre 2007 (http://www.thelancet.com/online/focus/mental_health).
7. A.D. Lopez *et al.* *Global burden of disease and risk factors*. Washington, DC, États-Unis, Presses universitaires d'Oxford pour la Banque mondiale, 2006.
8. C.D. Mathers *et al.* *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2004 (document de travail n° 54 du Programme mondial pour les bases factuelles à l'appui des politiques de santé, révision de février 2004).
9. P.S. Wang *et al.* Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 2007 ; vol. 370, p. 841–850.
10. Banque mondiale. *World Development Indicators database*. Washington, DC, États-Unis, Banque mondiale, septembre 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>).
11. Résolution WHA55.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé. *Santé mentale : répondre à l'appel lancé*. Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 13–18 mai 2002. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2002.
12. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2001.
13. Organisation mondiale de la santé. *Mental health Global Action Programme: mhGAP*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2002.
14. Organisation mondiale de la santé. *Investir dans la santé mentale*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2003.
15. Organisation mondiale de la santé. *Atlas: Country resources for neurological disorders 2004*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2004.
16. Organisation mondiale de la santé. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2004.
17. Organisation mondiale de la santé. *Mental Health Atlas 2005*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2005.
18. Organisation mondiale de la santé. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2005.
19. Organisation mondiale de la santé. *Organisation mondiale de la santé – Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM 2.2)*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2005.
20. Organisation mondiale de la santé. *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe – Relever les défis, trouver des solutions*. Bureau régional OMS de l'Europe. Copenhague, Danemark, 2005 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/publications/20061124_1).
21. Organisation mondiale de la santé. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2006.
22. Organisation mondiale de la santé. *Dollars, DALYs and Decisions*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2006.
23. Organisation mondiale de la santé. *Framework and standards for country health information systems*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2007.
24. Organisation mondiale de la santé. *Neurological disorders: public health challenges*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2007.
25. Organisation mondiale de la santé. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package (14 modules)*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html).

Bureaux régionaux de l'OMS

Afrique

Conseiller régional pour la santé mentale
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Afrique
P.O. Box 06
Brazzaville
République du Congo

Amériques

Chef de l'unité Santé mentale et programmes spécialisés
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional des Amériques
Pan American Health Organization
525, 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
États-Unis

Asie du Sud-Est

Conseiller régional pour la santé mentale et l'abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
World Health House
Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002
Inde

Europe

Conseiller régional pour la santé mentale
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
8, Scherfigsvij
DK-2100 Copenhague
Danemark

Méditerranée orientale

Conseiller régional pour la santé mentale et l'abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
P.O. Box 7608
Nasr City, Le Caire 11371
Égypte

Pacifique occidentale

Conseiller régional pour la santé mentale et la lutte contre l'abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la santé
Bureau régional du Pacifique occidental
P.O. Box 2932
1000 Manille
Philippines

Pour de plus amples informations sur l'initiative mhGAP, prendre contact avec le :
Département Santé mentale et abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la santé
CH-1211 Genève 27, Suisse
Courrier électronique : mnh@who.int

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives sont très répandus et représentent une lourde charge partout dans le monde. Le fossé demeure très grand entre les besoins urgents et les ressources disponibles pour alléger le fardeau.

L'OMS est consciente de la nécessité d'agir pour réduire cette charge et renforcer la capacité dont les États membres disposent pour résoudre ce problème grandissant. *mhGAP* est le programme d'action conçu par l'OMS pour que les pays, en particulier à faible revenu et à revenu moyen inférieur, développent les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les affections prioritaires prises en compte dans le programme sont la dépression, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles liés à la consommation de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants. L'ensemble d'interventions défini dans le programme vise à prévenir et à gérer chacune de ces affections prioritaires.

La réussite de l'extension des soins relève de la responsabilité conjointe des gouvernements, des professionnels de la santé, de la société civile, des communautés et des familles, avec l'appui de la communauté internationale. Le programme *mhGAP* s'appuie essentiellement sur l'établissement de partenariats aux fins d'une action collective.

Il est nécessaire que tous les partenaires s'engagent pour répondre à l'urgence de ce besoin de santé publique. Le temps est venu d'agir !

ISBN 978 92 4 259620 5



9 789242 596205