

Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe  
Copenhague



Rapports et Etudes EURO 107

# Les services de santé mentale dans les pays du sud de la Région européenne

Rapport sur une réunion de l'OMS

Madrid  
25-29 mai 1986

ISBN 92 890 2273 6  
ISSN 0250-8400

© Organisation mondiale de la santé 1989

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N°2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat 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.

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

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à la réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la santé.

# SOMMAIRE

	<i>Page</i>
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Généralités</b> .....	1
<b>Rapports sur les pays</b> .....	4
<b>Espagne, Grèce et Portugal</b> .....	5
<b>Autres pays du sud de l'Europe</b> .....	11
<b>Pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale</b> .....	17
<b>Questions importantes pour le développement de la santé mentale dans les pays du sud de la Région européenne</b> .....	20
<b>Protection et promotion de la santé mentale</b> .....	20
<b>Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national</b> .....	26
<b>Formation en vue d'une évolution dans le domaine de la santé mentale</b> .....	28
<b>Problèmes de santé mentale des migrants</b> .....	33
<b>Conclusions et recommandations</b> .....	35
<b>Conclusions</b> .....	35
<b>Recommandations</b> .....	36
<b>Annexe 1 Liste des participants</b> .....	37



## INTRODUCTION

Un groupe de travail sur les services de santé mentale dans les pays du sud de la Région européenne a été organisé à Madrid, du 25 au 29 mai 1986, par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec le gouvernement espagnol qui a accueilli la réunion au Ministère de la santé et de la protection des consommateurs. Le centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, à Paris, a pris une part active à cette réunion qu'il a aidé à préparer et à organiser.

Cette réunion a été suivie par seize conseillers temporaires de la Région de l'Europe et de la Région de la Méditerranée orientale, huit observateurs et des représentants de la Commission des Communautés européennes (CCE), du centre collaborateur OMS pour la santé et les facteurs psychosociaux et psychobiologiques, à Bierbeek (Belgique), et de l'Association mondiale de psychiatrie.

Le Dr E. Luch Martin, ministre espagnol de la santé et de la protection des consommateurs, a souhaité la bienvenue aux participants au nom de son pays. Le Dr P.O. Petersson a ouvert la réunion au nom du directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Le Dr Isabel Alvarez Baleriola a été choisie pour présider la réunion, tandis que le Dr H. Freeman et le Dr J.G. Sampaio Faria étaient élus corapporteurs et le Dr J.H. Henderson assumait la charge de secrétaire.

Le groupe de travail devait passer en revue l'expérience acquise jusqu'ici en matière de reformulation des politiques de santé mentale, de méthodes de mise en œuvre de ces politiques et d'évaluation des programmes, et émettre des recommandations de caractère général en vue de l'action à entreprendre. L'examen et l'action proposée devaient être fondés sur les politiques de la Santé pour tous d'ici l'an 2000, les stratégies et buts régionaux et les principes du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

## GENERALITES

Bien que, d'une façon générale, les progrès accomplis par l'Europe en ce qui concerne le passage d'un système de soins dispensés essentiellement en établissement psychiatrique à un système de conception plus globale et

orientée vers la communauté n'aient guère été impressionnants, le programme à long terme du Bureau régional pour 1970-1982 n'a cessé de promouvoir l'idée de services de santé mentale complets et fondés sur la communauté, dotés d'équipes multidisciplinaires. Cette prise de position a eu des conséquences notables et a fait évoluer la situation dans de nombreux pays d'Europe<sup>a</sup>.

En 1984, le Comité régional a approuvé les 38 buts régionaux de la Santé pour tous. Des propositions concernant la santé mentale ont alors été incorporées dans les programmes à moyen terme de coopération entre l'OMS et plusieurs pays, dont l'Espagne, la Grèce et le Portugal.

En 1984 également, le Conseil de l'Europe a proposé d'organiser une conférence ministérielle sur la santé mentale, que l'OMS a aidé certains pays à préparer. Cette deuxième Conférence des ministres européens de la santé, tenue à Stockholm en avril 1985, a réaffirmé l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, en tant qu'éléments essentiels d'une politique de santé complète. Comme l'ont dit les ministres européens de la santé, une politique moderne en matière de santé mentale devait essentiellement *a*) être conçue comme faisant partie intégrante de la politique de santé et *b*) être complète, coordonnée, cohérente et fondée sur la promotion de mesures de prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que sur le développement des soins de santé primaires, dont le rôle est décisif à tous les stades de la prévention.

La participation des pays d'Europe du Sud à cette conférence et les grandes orientations définies dans le texte final devaient, on l'espérait, avoir des répercussions notables sur la programmation de la santé mentale dans ces pays<sup>b</sup>.

L'objectif général du programme mondial à moyen terme de l'OMS en matière de protection et de promotion de la santé mentale est de réduire les problèmes liés aux troubles mentaux et neurologiques et à l'abus de l'alcool et des drogues, et de faciliter l'incorporation de la connaissance et de la compréhension des problèmes de santé mentale dans le développement sanitaire et social en général. L'OMS se propose d'atteindre cet objectif par le moyen de quatre sous-programmes, concernant respectivement : la politique de santé mentale et la formulation, la coordination, l'évaluation et l'appui des programmes; les facteurs psychosociaux dans la promotion de la santé mentale et du développement humain; la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues; et la prévention et le traitement des troubles mentaux et neurologiques.

---

<sup>a</sup> Freeman, H.L. et al. *Mental health services in Europe : 10 years on*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1985 (La santé publique en Europe N°25).

<sup>b</sup> *Deuxième Conférence des ministres européens de la santé*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1985 (document non publié MSN-2-7 révisé).

Dans ces sous-programmes, une attention particulière est accordée à l'évaluation des problèmes et à la formulation des politiques. Dans le premier sous-programme, les objectifs à atteindre d'ici à 1989 sont : a) l'établissement de groupes de coordination nationaux et régionaux, ou de mécanismes équivalents, dans toutes les régions de l'OMS, et b) la fourniture à ces groupes d'un appui en matière de coordination et d'évaluation, ainsi que des efforts visant à développer les politiques et les programmes de santé mentale. Les approches adoptées à cet effet consisteront notamment à élaborer des méthodes et des matériels qui facilitent la formulation des politiques de santé mentale et l'évaluation des programmes, à coopérer par niveau interpays et interrégional à ces efforts et à assurer un appui technique.

Le rapport sur *La prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux*, présenté par le directeur général à la Trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé en 1986, a été important pour la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé mentale, et l'Assemblée dans sa résolution WHA39.25 a instamment demandé aux Etats Membres de mettre en œuvre les mesures proposées. Ce document soulignait le très lourd fardeau que les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux faisaient peser sur les services de santé publique des pays en développement comme des pays développés. Au niveau gouvernemental, il fallait se montrer déterminé à s'attaquer aux problèmes posés par les troubles neurologiques et psychosociaux, en faisant figurer un élément relatif à la santé mentale dans les politiques nationales de santé et de développement. Il fallait aussi mettre en place un mécanisme intersectoriel de coordination pour aider à l'élaboration des programmes.

Certaines initiatives récentes dans d'autres régions de l'OMS se sont également révélées intéressantes pour le processus de changement dans les pays d'Europe du Sud, notamment celles qui résultaient du regroupement de certains pays. C'est ainsi, par exemple, que la Région des Amériques a organisé une Conférence des Caraïbes sur la santé et les modèles de santé mentale, à la Jamaïque en avril 1985, pour essayer de fournir le cadre initial d'un plan d'action plus complet concernant les soins de santé mentale aux Caraïbes, mettant notamment l'accent sur les liens qui existent entre la santé physique et la santé mentale. L'une des principales recommandations formulées à cette occasion a été de donner une priorité élevée à la santé mentale dans les systèmes de santé de la région. La Région de la Méditerranée orientale a également organisé une réunion interpays sur les programmes nationaux de santé mentale, qui a eu lieu à Damas, en novembre 1985. A l'issue de cette réunion, il a été instamment recommandé à l'OMS comme aux Etats Membres d'élaborer des programmes nationaux de santé mentale dans le cadre des plans nationaux de santé et stratégies nationales de la Santé pour tous.

Les pays du sud de la Région européenne ont leurs propres caractéristiques sociales, économiques, culturelles et démographiques et certains, comme l'Espagne, la Grèce et le Portugal, ont connu des bouleversements politiques majeurs et comparables au cours des dix dernières années à peu près. Ils ont donc entrepris de formuler ou de reformuler leurs politiques générales de santé et de santé mentale, et font de gros efforts pour traduire ces politiques dans la pratique. Des documents décrivant les principaux aspects du processus de planification des politiques et des pratiques nationales en matière de santé mentale dans les pays du sud de la Région ont été présentés au groupe de travail.

## RAPPORTS SUR LES PAYS

Après l'adoption de la stratégie régionale de la Santé pour tous, en 1980, le Bureau régional a entamé une série de discussions avec ses Etats Membres sur leurs programmes nationaux. Cette collaboration tient compte des rapports établis par les pays eux-mêmes, qui identifient leurs besoins et évaluent les progrès accomplis sur la voie de la stratégie régionale de la Santé pour tous.

A l'époque de la réunion, des programmes à moyen terme avaient été établis ou étaient projetés dans vingt et un pays de la Région. Ces programmes spécifient les objectifs et les résultats attendus de la collaboration et répertorient les activités requises pour parvenir aux buts fixés dans un laps de temps déterminé, tout en donnant des précisions sur les incidences financières de ces activités, les sources de financement et les apports nécessaires de part et d'autre.

Ces programmes de pays concernent d'ordinaire *a)* des domaines de santé prioritaires dans lesquels il existe des différences marquées entre les divers pays de la Région et pour lesquels on dispose de solutions praticables, *b)* les pays où il faut mobiliser des ressources extérieures, et *c)* les pays où il faut faire un gros effort de persuasion pour que les stratégies et les ressources nationales soient réorientées dans le sens des priorités.

En tout état de cause, il est indispensable que les problèmes à affronter soient clairement identifiés, qu'ils soient d'une importance nationale majeure, et que le pays soit financièrement et politiquement à même de poursuivre le programme, une fois celui-ci entamé.

L'Espagne, la Grèce et le Portugal ont inclus la santé mentale dans leurs programmes de coopération à partir de 1984. Malte, la Turquie et la Yougoslavie sont maintenant en train d'élaborer des programmes qui comportent un élément relatif à la santé mentale.

## **Espagne, Grèce et Portugal**

Les programmes de coopération avec chacun de ces trois pays comportent des projets techniques de l'OMS concernant la santé mentale.

### *Espagne*

En Espagne, la Loi générale de 1986 sur la santé (qui comprend des dispositions relatives à la santé mentale) a créé un système national de santé composé de tous les systèmes de santé des dix-sept Communautés autonomes. En fait, la formulation d'une politique en matière de santé mentale avait commencé, quelques années auparavant, par des discussions entre les professionnels de la santé, les utilisateurs de services et la population dans son ensemble et avec la réunion d'une Conférence internationale sur la santé mentale organisée en 1983 par le Bureau régional. Cette Conférence a servi à la fois à analyser les services de santé mentale en Espagne et à étudier les rôles respectifs des soins de santé mentale et des soins de santé primaires. Elle a également fourni le cadre voulu pour l'élaboration de critères sur lesquels fonder un plan national. Une Commission ministérielle pour la réforme psychiatrique a été mise en place et a produit un rapport énonçant les critères dont devait s'inspirer l'évolution des soins de santé mentale en Espagne.

Le rapport de la Commission visait essentiellement à promouvoir la santé mentale et tendait notamment :

- à intensifier la promotion des soins de santé mentale comme des soins psychiatriques dans l'environnement social de la population à risque;
- à intégrer la santé mentale aux activités générales de santé, tout en tenant compte des caractéristiques propres à cette spécialité;
- à élaborer des programmes de réadaptation des patients de psychiatrie, en assurant la prestation des soins sanitaires et sociaux de base;
- à protéger les droits civils des patients de psychiatrie contre les mesures qui pourraient restreindre leur liberté.

Le nouveau modèle proposé en Espagne repose donc sur un certain nombre de principes, à savoir : la globalité (c'est-à-dire qu'il doit inclure la prévention primaire, secondaire et tertiaire des affections mentales), l'intégration au système général de santé par le moyen des soins de santé primaires et de réseaux spécialisés ayant pour base les hôpitaux, la participation (pour permettre une interaction bidirectionnelle avec la collectivité), la détermination de priorités pour chacun des stades de développement,

l'établissement de bases géographiques dans les différentes zones sanitaires autonomes et la mise en place de bases fonctionnelles au niveau des soins primaires comme aux niveaux plus spécialisés.

La réforme a, par conséquent, pour priorités :

- l'intégration des services de santé mentale au système général de soins de santé;
- la réorganisation des services de santé mentale existants;
- l'augmentation et l'amélioration des ressources en santé mentale et du degré d'attention accordé aux malades mentaux;
- la clarification des responsabilités administratives dans les cas qui exigent non seulement des soins de santé, mais aussi un soutien social;
- l'élaboration de mesures d'appui aux soins de santé primaires;
- l'amélioration des programmes d'enseignement de la santé mentale à l'ensemble des personnels de santé.

Au stade de la formulation de la politique, le Bureau régional de l'OMS et le Ministère de la santé et de la protection des consommateurs ont organisé une série d'ateliers pour permettre à des représentants des Communautés autonomes et du Ministère de discuter, avec des conseillers temporaires, de diverses questions soulevées par la réforme : épidémiologie psychiatrique, intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaires, organisation des services de santé mentale, etc.

Dans l'expérience espagnole, les facteurs qui ont plus particulièrement retenu l'attention ont été les suivants : le financement de la modeste augmentation des dépenses; le rythme de l'évolution dans le domaine de la santé (mise en œuvre du nouveau modèle concernant les soins de santé primaires, par exemple); le surpeuplement des hôpitaux publics, interdisant parfois d'augmenter le nombre de lits ou l'espace accordé aux services de psychiatrie; l'irrégularité du rythme auquel évoluent les hôpitaux psychiatriques (publics ou privés); la pénurie et la répartition inéquitable du personnel, par suite notamment de la concentration de ce personnel dans les grandes villes et des différences de qualifications; le manque de données fiables pour une planification et une évaluation convenables des mesures déjà prises; et la pénurie des ressources communautaires pour la prévention des problèmes mentaux.

Les principales contraintes auxquelles se heurte la réforme semblent résider dans des insuffisances de caractère culturel, juridique, politique, technique et administratif et dans la lenteur relative de l'évolution des attitudes.

En Espagne, cette nouvelle politique est due, en partie, à la nécessité de respecter les obligations juridiques découlant du droit constitutionnel de tous les citoyens à la santé et, en partie aussi, à l'adoption de la loi générale sur la santé. Le processus tout entier de formulation et de mise en œuvre de la politique de santé mentale a coïncidé avec la réforme des soins de santé en général. La promotion de la santé mentale constitue l'objectif de base et suppose notamment la globalité des dispositions, l'intégration aux soins de santé généraux, la participation communautaire, la division de la population en secteurs psychiatriques, la décentralisation de la planification et l'établissement d'une base fonctionnelle pour les soins primaires et spécialisés. Des discussions techniques entre professionnels de la santé et une participation et une coopération internationale par l'intermédiaire de l'OMS et du Conseil de l'Europe ont joué un grand rôle dans le processus de formulation de la politique, lequel a nécessairement pris en compte la mise en œuvre du programme de santé mentale dans le contexte des responsabilités qui incombent au gouvernement central comme aux Communautés autonomes en matière de santé.

### *Grèce*

En Grèce, la politique de santé mentale cherche à remplacer peu à peu les vieux asiles psychiatriques par des services de psychiatrie efficaces et modernes implantés au niveau de la collectivité. C'est cet objectif que concrétise la loi sur le système national de santé, adoptée par le Parlement en 1983 et aux termes de laquelle les soins psychiatriques doivent être dispensés par l'intermédiaire de centres de santé mentale, d'unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, et d'hôpitaux psychiatriques spéciaux pour les soins de longue durée. La loi définit également une série de régions sanitaires dans lesquelles seront créés des régions de santé mentale et des secteurs psychiatriques.

Un Comité permanent pour la santé mentale a été établi en mai 1984 au Conseil national de la santé, afin d'étudier les problèmes posés et d'émettre des recommandations concernant la programmation, l'organisation et le développement des services de santé mentale. Un plan quinquennal de réorganisation des services psychiatriques a commencé à être mis à exécution, dans cette même année, avec l'appui de la Commission des Communautés européennes (CCE).

La Commission aide à financer la création de nouvelles unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, à agrandir et réorganiser les bâtiments existants, à équiper les services de psychiatrie, à trouver, grâce à des programmes pilotes, les moyens les plus efficaces de mettre à exécution les programmes permanents, et à former le personnel de santé mentale, et en particulier les infirmières.

Cet appui de la Commission se poursuivra jusqu'à la fin du plan quinquennal, en 1988. Ce plan a été revu à une conférence tenue à Athènes en 1985, tandis qu'une autre conférence, également organisée en 1985, a étudié la question des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

L'expérience récente ainsi acquise par la Grèce présente donc les caractéristiques suivantes :

- la réorganisation des services de santé mentale a coïncidé avec la mise en place d'un système national de santé;
- la politique s'est inspirée de la loi nationale sur le système de santé;
- la politique a été fondée sur le principe de la non-hospitalisation et présentait les objectifs et caractéristiques ci-après : moindre rôle des hôpitaux psychiatriques; inauguration de services de santé mentale différents, modernes, efficaces et complets, au niveau de la communauté; promotion du rétablissement rapide pour éviter que le patient n'en arrive à un état de morbidité chronique et ne se trouve coupé des réseaux sociaux locaux; et création de régions de santé mentale et de secteurs psychiatriques;
- le processus de programmation, d'organisation et de développement des services a été confié au Comité permanent de la santé mentale du nouveau Conseil national de la santé;
- un plan quinquennal a été élaboré;
- la contribution d'organismes intergouvernementaux, comme la Commission des Communautés européennes et l'OMS, a été décisive pour la formulation de la politique;
- les principales contraintes identifiées ont été d'ordre politique, économique et culturel, tandis que d'autres problèmes résultaient du manque d'expérience et du caractère inapproprié de l'instruction dispensée;
- la Commission des Communautés européennes, en tant que principale source de financement, a joué un rôle décisif dans la mise en œuvre du plan quinquennal.

Selon la CCE, la réforme du système de soins de santé mentale en Grèce devrait améliorer la vie des déficients et des malades mentaux, grâce surtout à la mise en application de méthodes modernes de traitement médical et de réadaptation professionnelle, à la réduction de l'hospitalisation, à la mise en place de services de psychiatrie en rapport avec la communauté, et à la construction, à l'adaptation et à l'équipement des bâtiments. Dans tous ces domaines, le but principal est d'arriver à intégrer le malade ou le déficient mental à la société.

Cette prise de position est conforme à l'objectif du Fonds social européen de la CCE, qui concerne tous les aspects de l'emploi et de la formation professionnelle. L'octroi de cet appui exceptionnel à la Grèce, dans le contexte général de la réadaptation professionnelle, est donc conforme à la politique d'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale et professionnelle, qui est celle des Communautés européennes. Il a également permis à la CCE d'augmenter la part du Fonds social européen attribuée à la Grèce.

En 1984, le gouvernement grec a demandé que soit effectuée une étude sur un programme de réforme des soins de santé mentale dispensés dans les établissements publics, dont le financement serait assuré par la CCE. Les recommandations émises par l'équipe chargée de cette étude ont été acceptées par le gouvernement qui a alors soumis à la CCE une demande de financement pour un programme quinquennal de développement des soins de santé mentale. Dans les trois premières années de l'assistance de la CCE, 152 projets ont été proposés. Le programme représente une dépense totale de 61,5 millions d'Écus, dont 34 millions proviendront de la CCE.

### *Portugal*

Un tournant décisif a été pris au Portugal en 1984, avec l'abolition de l'Institut d'assistance psychiatrique, vieux de vingt-six ans, et le rattachement des services de santé mentale, hôpitaux psychiatriques compris, au Ministère de la santé, dans le cadre de la Direction générale des soins de santé primaires.

Cette orientation nouvelle a permis de prendre davantage en considération les besoins de la collectivité et de réaliser un meilleur partage des responsabilités avec les autres services sanitaires, sociaux et communautaires qui interviennent dans la prestation des soins.

D'autres changements importants survenus dans l'organisation de divers domaines du secteur portugais de la santé ont également contribué à cette évolution, et en particulier la mise en place, peu à peu, d'un réseau complet et intégré de services de soins primaires sur tout le territoire national.

D'autres facteurs ont également joué un rôle important, notamment l'inauguration, pour les praticiens généralistes, d'une nouvelle structure nationale de carrière intégrée au réseau des services de soins primaires; l'organisation de comités conjoints de coordination des services de santé et des services sociaux dans tous les districts; l'adoption d'une nouvelle législation définissant les rôles et responsabilités des services sanitaires et sociaux dans les soins aux patients atteints d'incapacités chroniques stabilisées et aux déficients mentaux; l'obligation faite aux nouveaux hôpitaux généraux de district de se doter de moyens d'hospitalisation des malades mentaux; et

l'approbation d'une proposition de programme de santé mentale à moyen terme visant à développer, au niveau de la communauté, des services de santé mentale qui soient fonctionnellement intégrés aux services locaux existants, hospitaliers, sociaux et de soins de santé primaires.

Le principal objectif du programme est de mettre à la disposition de la collectivité un minimum de ressources et de services indispensables pour la promotion de la santé mentale et pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire des troubles mentaux. L'accent est mis sur la désinstitutionnalisation progressive, l'intégration des services de santé mentale aux autres services de santé sans nuire à la continuité des soins, et le développement et la modernisation des services de manière à répondre aux besoins de la collectivité.

Le programme a également pour objectifs :

- d'intégrer les connaissances et la technologie en matière de soins de santé mentale à la pratique quotidienne des soins de santé primaires;
- d'intégrer des services d'urgence pour personnes atteintes de troubles mentaux aux services d'urgence des hôpitaux généraux, les ressources techniques, humaines et matérielles de ces hôpitaux étant pleinement mises à la disposition des services de psychiatrie;
- de créer, dans les centres de santé, des services d'accueil de jour, de façon à mettre un minimum de services de santé mentale à la disposition de la communauté;
- d'appuyer l'élaboration d'un programme de formation supérieure pour les professionnels qui travaillent dans le secteur des soins de santé primaires (médecins-généralistes), dans les hôpitaux de district (départements des urgences) et dans les services régionaux de protection sociale;
- de parvenir, dans tous les districts, à la pleine coordination des services de santé mentale et de sécurité sociale.

En ce qui concerne la formulation des politiques pour la programmation de la santé mentale au sein de la Direction générale des soins de santé primaires, parmi les faits récents qui valent la peine d'être notés, on relève la création de groupes de planification des zones métropolitaines pour les services de santé mentale, les programmes de coopération à moyen terme Portugal/OMS (1984-1985 et 1986-1987) et la participation du Portugal à la deuxième Conférence européenne des ministres de la santé, organisée par le Conseil de l'Europe en 1985.

Le processus de planification de la santé mentale au Portugal est conforme aux principes du processus gestionnaire de l'OMS pour le développement sanitaire national. Le Portugal s'efforce de coordonner les

départements de santé centraux, de rationaliser la gestion de la santé mentale et d'établir un réseau de liaison entre les services de santé mentale, les services généraux de santé et les autres organismes centraux, régionaux, de district et locaux.

Les principaux problèmes sont, estime-t-on, d'ordre politique et tiennent à la situation économique avec les bouleversements organiques qu'elle entraîne, aux lacunes de l'ensemble du système de gestion de la santé et de la santé mentale, au manque de ressources financières et aux insuffisances de la gestion en général. Ces problèmes sont toutefois nettement exacerbés par l'absence actuelle de politiques et de structures efficaces de coordination entre les départements centraux du Ministère de la santé (planification, financement, ressources humaines, hôpitaux, construction, etc.), par la fragmentation et l'insuffisance des dispositions juridiques concernant les soins de santé mentale et par le fait que, d'une façon générale, les gestionnaires et les autres professionnels de la santé connaissent et apprécient mal le problème des soins de santé mentale et de leur organisation.

## **Autres pays du sud de l'Europe**

### *Italie*

La Loi sur la réforme psychiatrique, adoptée en 1978 par le Parlement italien, interdit la construction de nouveaux hôpitaux psychiatriques et les admissions volontaires ou forcées dans ces établissements, rend obligatoire l'utilisation des unités de psychiatrie des hôpitaux généraux pour le traitement volontaire ou non des malades, reconnaît que l'intervention communautaire, avec les moyens disponibles au niveau de la collectivité, est au centre même de la réforme et prévoit la construction de services capables de prendre en charge aussi bien les patients qui sortent des hôpitaux psychiatriques que ceux qui ont besoin d'un traitement de longue durée.

La réforme a intégré la santé mentale aux structures générales de santé de district (unités sanitaires de district), où les moyens sont coordonnés et administrés par le comité de direction de chacune des unités.

La loi relative à la réforme psychiatrique a également redéfini les conditions de l'hospitalisation d'office, qui n'est maintenant permise que si le malade souffre d'une grave maladie mentale; l'admission se fait alors dans un hôpital général sur la recommandation d'un médecin généraliste.

Entre 1982 et 1985, le nombre des nouveaux centres de psychothérapie s'est considérablement accru et la tendance générale a été à la mise en place de services communautaires (la loi portant sur la création de centres de santé mentale remonte à 1968). Le rythme de croissance semble être à peu près le même dans les diverses régions de l'Italie, mais, d'un point de vue

qualitatif, les progrès ont apparemment été très inégaux. En ce qui concerne les départements psychiatriques des hôpitaux généraux, des problèmes particuliers se sont posés :

- le nombre des salles de psychiatrie créées dans les hôpitaux généraux a été trop restreint;
- la répartition des salles de psychiatrie dans les diverses régions est inégale;
- les tendances, en ce qui concerne l'utilisation des lits et la durée moyenne de séjour à l'hôpital, ne sont pas les mêmes en psychiatrie publique et privée qu'en médecine générale;
- un conflit subsiste entre les deux philosophies dont s'inspire la psychiatrie italienne : la philosophie traditionnelle, guidée par des considérations biologiques, qui voit dans les hôpitaux généraux un nouvel endroit pour le traitement efficace de la maladie mentale, et la philosophie réformatrice, pour qui l'évolution doit se faire dans le sens d'une prise en charge communautaire. L'issue de ce conflit sera de la plus haute importance pour la continuité des soins, considérée comme indispensable au progrès clinique du patient.

Entre autres problèmes, il y a aussi le fait que la réforme et les nouvelles dispositions prises sur le plan de l'organisation ont vu le jour sans que l'on ait, au préalable, préparé les services de soins primaires et les hôpitaux généraux à accepter et intégrer les soins de santé mentale. En outre, il se peut que les patients résidant dans les hôpitaux psychiatriques n'en arrivent à être négligés, et la question des services destinés aux malades mentaux gravement atteints n'est toujours pas résolue; par ailleurs, il faut se procurer des données de caractère aussi bien local que régional, pour arriver à mieux connaître les différences entre les régions et aider à résoudre les problèmes plus généralisés de la planification et de la répartition des ressources.

Le Conseil national de la recherche a entrepris des recherches épidémiologiques sur les tendances des suicides et des tentatives de suicide, la consommation de substances psychotropes et les malades dangereux pour autrui, afin d'étudier les effets possibles de la loi relative à la réforme psychiatrique sur le bien-être de la société italienne. Les conclusions de ces études donnent à penser que cette loi n'a eu que très peu d'effets sur les suicides et tentatives de suicide, que la consommation générale de substances psychotropes obtenues auprès de pharmacies publiques ou privées, de médecins généralistes et de services psychiatriques communautaires s'est accrue ces dernières années, mais qu'en revanche le nombre des admissions de malades dangereux et le nombre des internés dangereux semblent avoir diminué entre 1970 et 1984.

L'amélioration du modèle opérationnel pour la réforme de la psychiatrie italienne fait maintenant l'objet de propositions, parmi lesquelles figure la création d'un département de la santé mentale dans le cadre des structures actuelles de l'administration de la santé. Certaines conditions semblent être de la plus haute importance pour les progrès futurs. Il convient, par exemple, d'améliorer les techniques d'évaluation épidémiologiques et d'instituer ce genre d'évaluation dans le cadre des services de soins psychiatriques, qui pourraient alors transmettre l'information recueillie aux organismes de gestion et aux professionnels de la santé. Le rôle des services des hôpitaux universitaires est également crucial pour la recherche et la formation de nouveaux professionnels qui seront capables de faire face aux problèmes nouveaux et de s'adapter à l'organisation nouvelle des services. Enfin, il faut améliorer la coordination et accroître le financement; les pouvoirs publics et le Ministère de la santé doivent manifester plus d'intérêt pour le processus de réforme et le système d'orientation des patients, et le public doit être informé et conseillé au sujet des innovations en cours.

### *Malte*

Au cours des dix dernières années, Malte a accompli certains progrès dans la mise en place de services de traitement psychiatrique ambulatoires, conformément aux principes de l'approche communautaire à l'égard de ce type de malades. La Loi nationale de 1976 sur la santé spécifiait les conditions d'admission des malades, les formalités juridiques et les droits des malades, le rôle des travailleurs sociaux psychiatriques, les conditions de fonctionnement des services d'hospitalisation psychiatrique à l'Hôpital général Saint Luke et la réorganisation des services de consultation psychiatrique et des maisons de convalescence. En 1985, des services de psychiatrie ont été créés dans les centres ou polycliniques de santé locaux, et de nouveaux cours et services de formation ont été institués pour les diverses catégories de personnels spécialisés en santé mentale que l'on avait alors entrepris de recruter. Plus récemment, des interventions coordonnées et des services nouveaux ont été mis sur pied pour faire face aux problèmes posés par la toxicomanie et l'alcoolisme.

Avec l'aide de l'OMS, Malte a élaboré un plan quinquennal (1986-1990) dans la ligne de la stratégie régionale de la Santé pour tous. Ce plan, qui s'inspire des buts régionaux de l'OMS en matière de santé mentale, a notamment les objectifs suivants :

- le travail de prévention en santé mentale deviendra plus constructif, ce qui signifie que l'on diversifiera l'éducation, l'orientation et l'instruction des professionnels et que l'on intensifiera les services de thérapie de crise et de thérapie d'entretien;

- les services de santé seront conçus de manière à aider les individus à faire face aux situations de la vie quotidienne et à nouer et entretenir des relations personnelles; ils s'assureront l'appui de l'environnement social et seront développés en liaison avec d'autres secteurs et des organismes bénévoles;
- on aidera les malades chroniques, les handicapés, les personnes âgées et les personnes hospitalisées à nouer et entretenir des relations personnelles;
- les soins de santé mentale seront intensifiés et l'on insistera notamment sur les mesures de prévention, les soins de santé primaires et les soins ambulatoires.

A long terme, l'objectif est de réduire de moitié le nombre des lits de long séjour dans les hôpitaux pour malades mentaux au cours des cinq années à venir, tout en renforçant les services psychiatriques communautaires et innovant sur le plan des soins de santé mentale, grâce à la création de services d'accueil de jour, par exemple.

La priorité, dans les politiques et plans proposés, sera donnée aux établissements de convalescence et à la réorganisation de la prise en charge des jeunes malades, à l'amélioration des services d'hospitalisation psychiatrique, à l'utilisation plus intensive des services des hôpitaux généraux et des services de santé mentale fondés sur les soins de santé primaires, aux services d'hospitalisation de jour, et à une collaboration étroite avec les autorités responsables du logement et les services sociaux. Les soins psychogériatriques, la prévention du suicide et la lutte contre l'abus d'alcool et des drogues feront également l'objet d'une attention toute particulière.

### *Yougoslavie*

Depuis une vingtaine d'années maintenant, la Yougoslavie s'intéresse tout particulièrement à la démocratisation et à l'humanisation des hôpitaux de santé mentale; à la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux; à la participation progressive des services et des établissements de soins ambulatoires; à la prestation des services de santé mentale; et à la contribution des autres services de santé, des services sociaux et d'autres organisations à la mise en œuvre de mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire. A l'heure actuelle, les services de santé mentale sont assurés par des établissements spécialisés indépendants ou par des services spécialisés dans des centres médicaux, des hôpitaux généraux, des services de soins primaires, des services de médecine du travail, etc.

Belgrade a élaboré un modèle expérimental de «soins complets de santé mentale au niveau de la communauté». Ce modèle a confirmé l'importance d'une collaboration et d'une coordination entre les services de santé mentale,

les services de soins de santé primaires et les organisations et institutions sociales, pour la fourniture des soins aux personnes en bonne santé, comme aux malades et à leurs familles. Cette collaboration semble être indispensable à la continuité des soins aux patients.

A l'échelle fédérale, une commission de la santé mentale a été créée pour élaborer des programmes communautaires de soins de santé mentale qui soient acceptables pour toutes les régions du pays. Ces programmes devraient tenir compte de la situation effective de la région, inclure toutes les structures de la société et prévoir l'action simultanée des responsables des soins de santé primaires et de ceux des autres secteurs en rapport avec la santé.

Le point de départ de ces activités devrait être les organismes sociaux de base : services d'éducation et de santé, communautés locales et organisations de travailleurs, avec la pleine participation de tous les membres de la communauté. Les conditions de l'auto-prise en charge et d'une vie saine devraient être enseignées à tous, et en particulier aux enfants et aux jeunes, afin qu'ils apprennent à prendre soin de leur propre santé.

En Yougoslavie, tous les services sociaux, y compris les services de santé, sont des rouages autogestionnaires du système social d'ensemble. Les organismes de santé autogérés aux niveaux communal, régional et provincial et à celui des républiques comprennent des délégués des organisations, des citoyens et du personnel des établissements de santé. L'organe directeur suprême de ces communautés autogérées est l'assemblée communautaire qui se compose de deux chambres, celle des usagers et celle des fournisseurs des services de santé. Les décisions en matière de politique de santé et de santé mentale sont prises au sein de cette assemblée communale, et c'est le conseil exécutif de l'assemblée qui est responsable de leur application. Les programmes de santé et de santé mentale sont intégrés au plan général de développement socio-économique. Des groupes d'intérêts autogérés, au niveau régional et à celui des républiques, sont responsables de la création et du développement des services de santé desservant plus d'une commune (ces services comprennent d'ordinaire des unités hautement spécialisées, comme les hôpitaux pour malades mentaux).

D'autres mécanismes de décision fonctionnent à tous les niveaux, si bien que les décisions concernant la santé en général, et la santé mentale en particulier, peuvent être prises même à l'échelon le plus modeste de l'administration publique.

Les ressources financières voulues pour la santé proviennent des contributions des organisations de travailleurs, calculées en fonction de leur revenu, des contributions prélevées sur le revenu des travailleurs et sur le revenu total des travailleurs agricoles, et aussi de dons volontaires des organisations de travailleurs, des individus, etc.

L'expérience acquise au cours de ces vingt années a permis de discerner certains des avantages et des inconvénients de ce système de santé décentralisé

et des responsabilités qui lui sont confiées en matière de soins de santé mentale et de santé, en général.

A l'actif de ce système, on peut considérer qu'il y a la participation nettement plus grande des autorités locales aux activités de soins de santé mentale et une collaboration multisectorielle plus efficace au niveau communal.

Au passif, on peut mentionner quatre inconvénients. Tout d'abord, le système d'information en santé mentale est beaucoup plus difficile à organiser et à utiliser, et la circulation des données en dehors de l'unité administrative primaire est très difficile à réaliser et peu fiable. En second lieu, il faut étudier certains problèmes non résolus touchant la recherche, à un niveau plus large et dans plusieurs communes. L'un de ces problèmes concerne le financement, puisque les fonds sont de provenance diverse. Troisièmement, l'adoption de technologies nouvelles et améliorées, que ce soit pour le traitement des patients ou pour d'autres aspects du programme, est malaisée et demande du temps. Quatrièmement, il est de plus en plus probable que le fossé entre la formation universitaire et la pratique s'élargira encore dans les années à venir.

En résumé, la structure fédérale est génératrice à la fois de possibilités nouvelles et de dangers pour la planification et la gestion des programmes de santé mentale. Il faut notamment étudier de plus près :

- l'importance de la décentralisation au niveau communal, laquelle mérite une attention particulière;
- dans les Etats fédéraux, des dispositions particulières doivent être prises pour la collecte d'informations sur la santé mentale, en vue du financement des services et de la recherche;
- il faut spécifier les modalités de la consultation entre tous les intéressés, sur certaines questions telles que la formulation de la législation relative à la santé mentale;
- il serait souhaitable que les pays à structure fédérale puissent échanger des données d'expérience au cours d'une réunion spécialement organisée à cet effet.

Dans toute discussion des problèmes de décentralisation dans les politiques et l'organisation des services de santé et des services de santé mentale à l'intérieur d'une structure fédérale, comme celle de la Yougoslavie, il faudrait tenir spécialement compte du rôle des divers niveaux d'administration. Des problèmes analogues pourraient se poser dans d'autres pays qui ont entrepris de décentraliser administrativement et de régionaliser leurs services de santé.

## **Pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale**

### *Chypre*

Avant l'accèsion de Chypre à l'indépendance, en 1959, les services de santé mentale étaient rudimentaires et primitifs. Entre 1959 et 1974, des changements ont été apportés par priorité à ces services, et l'on a notamment créé de nouveaux services dans les hôpitaux, ainsi que de nouveaux services de consultation, et augmenté le nombre des psychiatres et des infirmières. L'Association chypriote pour la santé mentale, fondée en 1960, a contribué à la promotion des principes et des programmes de santé mentale et au traitement des malades. Une attention particulière a été accordée aux besoins des enfants mentalement déficients et à la santé mentale des enfants. En 1972, avec l'assistance technique de l'OMS, des plans et des stratégies complets ont commencé à être élaborés dans le domaine de la santé mentale.

Plus récemment, là encore avec l'aide de l'OMS, il a été décidé :

- de décentraliser les services et de promouvoir un système de santé mentale à base véritablement communautaire divisé en secteurs psychiatriques, l'accent étant mis sur l'action de prévention et de promotion de la santé mentale;
- d'améliorer les services offerts dans l'unique hôpital psychiatrique de Chypre et de réduire le nombre des malades hospitalisés par des programmes de réadaptation plus dynamiques;
- de revoir la loi relative à la santé mentale maintenant vieillie (une nouvelle loi a été élaborée et sera publiée sans tarder sous forme de Document blanc);
- d'une façon générale, de réorienter les efforts dans le sens de la collectivité, en veillant à ce que davantage de spécialistes de la santé mentale travaillent dans les services communautaires, dont le nombre va sans cesse croissant, et à la périphérie;
- de promouvoir une collaboration sectorielle plus poussée et l'intégration des services de santé mentale au système général de santé;
- de concentrer l'attention sur les prestations de santé mentale au niveau des soins de santé primaires par différents moyens : en favorisant l'expansion des dispensaires psychiatriques de district, en encourageant davantage de professionnels de la santé à travailler au sein de la collectivité dans les hôpitaux généraux et dans d'autres centres et institutions communautaires, en augmentant le nombre des infirmières psychiatriques communautaires et en dispensant une formation en psychiatrie et en santé mentale aux généralistes et aux autres personnels de soins de santé primaires;

- d'entreprendre des recherches épidémiologiques et autres sur la prévalence des troubles mentaux, la dépendance à l'égard de la drogue, les problèmes des patients de gériatrie et de psychogériatrie et d'autres sujets analogues;
- de promouvoir des programmes ayant pour objet de sensibiliser le public et d'importantes personnalités aux problèmes et aux besoins des malades mentaux, et d'aider à éliminer ou à réduire les préjugés profondément ancrés et les attitudes négatives à l'égard de ces patients;
- d'améliorer les dossiers médicaux et le système d'enregistrement des données.

Pendant le cours de la réorganisation des services de santé mentale à Chypre, on se préoccupera également de l'urbanisation, du logement des réfugiés et des problèmes économiques et psychosociaux résultant des événements politiques de 1974.

Compte tenu de la situation locale, des ressources disponibles et des changements sociaux en cours, l'attention dans les quelques années à venir devra se porter tout particulièrement sur un certain nombre de points, à savoir : extension des services offerts à la communauté et créés à son niveau; augmentation du temps consacré à la formation, à la supervision et à la surveillance des agents de santé non spécialisés; amélioration des programmes de réadaptation et des autres programmes des services d'hospitalisation; diversification des services destinés aux patients de gériatrie, aux alcooliques et aux enfants ayant des problèmes spéciaux; création d'un comité national de coordination en matière de santé mentale, afin de mettre en œuvre le programme et de garantir une approche intersectorielle; travaux de recherche et études épidémiologiques.

### *Maroc*

En 1972, avec l'assistance de l'OMS, le Ministère de la santé publique a élaboré un programme de santé mentale à long terme afin de développer les ressources matérielles et humaines convenant à un système de soins de santé mentale moderne et orienté vers la communauté.

Ce programme a pour objet :

- d'élaborer des directives pour la politique nationale en matière de santé mentale;
- sur la base de ces directives générales, d'élaborer une politique de santé mentale rationnelle et cohérente pour le court, le moyen et le long terme;

- de mettre sur pied un programme de formation médicale et paramédicale du personnel national, afin de remplacer les spécialistes étrangers; et
- de faire évoluer les attitudes négatives à l'égard de la psychiatrie et de briser les résistances au changement.

Pendant le plan quinquennal de 1973-1977 et le plan triennal de 1978-1980, des progrès appréciables ont été réalisés et l'on peut notamment citer la formation postuniversitaire de nouveaux psychiatres, l'inauguration de deux écoles de soins infirmiers psychiatriques, l'ouverture partout dans le pays de nouveaux dispensaires de santé mentale, l'organisation de petits services d'hospitalisation psychiatrique, l'intégration de services psychiatriques dans un nouvel hôpital général, la formation en santé mentale de généralistes et d'infirmières, et la distribution de substances psychotropes essentielles aux services officiels de santé publique.

L'organisation actuelle des soins n'en reste pas moins inadéquate face aux besoins fondamentaux de la population dans son ensemble, et il n'a pas été possible d'atteindre pleinement les objectifs assignés à la politique de santé mentale par le Ministère de la santé publique en 1972. C'est ainsi, par exemple, que subsistent des insuffisances dans la formation du personnel médical et paramédical et des problèmes sur le plan de l'infrastructure matérielle. Les progrès ont été lents aussi en ce qui concerne les services de convalescence et de réinsertion sociale.

Parmi les facteurs qui ont contribué à ces problèmes, il semblerait que figurent : l'organisation de la Direction de la santé mentale au Ministère de la santé publique, dont les fonctions actuelles dans le processus de formulation, de surveillance et d'évaluation des programmes de santé mentale ne sont pas claires; le manque de coordination efficace entre le sous-système de santé mentale et les structures de la santé publique; la pénurie de fonds pour le secteur de la santé mentale; le manque de participation et d'intégration de la communauté au développement de la politique de santé mentale; et l'insuffisance de la coordination entre les ministères et le département central de la santé.

Les prochains plans quinquennaux pour la santé mentale (1987-1991 et 1991-1996) s'efforceront d'intégrer la psychiatrie au système de services de santé généraux de base et donneront la priorité à la formation des psychiatres et des autres personnels paramédicaux spécialisés.

Comme d'autres pays du bassin méditerranéen, le Maroc doit faire face à des problèmes spéciaux, dus en partie à l'importance et à l'étendue de certains aspects socio-culturels de sa culture mixte, à la fois traditionnelle et occidentale, et en partie aussi au nombre des guérisseurs traditionnels (marabouts et fakirs) actifs dans le pays. Les services de santé mentale sont de plus en plus utilisés par une population en voie de transition culturelle,

mais qui n'en continue pas moins à recourir aux guérisseurs traditionnels, comme étant son premier point de contact avec les services de santé.

La coexistence de ces deux types de soins fort différents soulève plusieurs questions :

- Des services de santé mentale modernes conviennent-ils à l'environnement socio-culturel particulier du Maroc ?
- Faut-il encourager les guérisseurs traditionnels ?
- Dans l'affirmative, quel type de relations officielles faudrait-il établir entre les deux systèmes ?
- Y a-t-il d'autres solutions possibles au problème des soins psychiatriques spécialisés au Maroc ?

Les services de soins de santé mentale existants étant encore dans l'incapacité de répondre aux besoins de la population marocaine, il est de la plus haute importance de répondre à ces questions.

## QUESTIONS IMPORTANTES POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE MENTALE DANS LES PAYS DU SUD DE LA REGION EUROPEENNE

### **Protection et promotion de la santé mentale**

L'action préventive et la lutte contre les troubles mentaux et neurologiques sont la responsabilité majeure du programme de santé mentale de l'OMS. Le fait qu'il y ait au moins quarante millions de personnes au monde souffrant d'une grave maladie mentale, comme la schizophrénie, ou atteintes d'une forme grave de dépression et qu'il y ait, en outre, au moins deux fois plus d'individus gravement diminués par la toxicomanie, l'alcoolisme, l'arriération mentale, la démence sénile et d'autres troubles analogues du fonctionnement du système nerveux, donne une idée de l'ampleur du problème. Il n'existe pas de collectivité humaine connue, quel que soit son degré de développement, qui soit exempte de malades mentaux graves. Quant au nombre des individus affectés de troubles mentaux moins graves, mais néanmoins incapacitants, les estimations varient, mais ne sont jamais inférieures à deux cents millions. Sur l'ensemble des malades vus par les services de santé généraux dans les pays en développement comme dans les pays développés, il y a un nombre substantiel d'adultes et d'enfants atteints de troubles mentaux.

Les maladies mentales sont parmi les affections les plus pénibles et les plus invalidantes. Elles tendent souvent à revêtir un caractère chronique ou récurrent et, de ce fait, pèsent lourdement sur les patients, leur famille et la collectivité. Dans la plupart des sociétés, les troubles mentaux sont encore considérés comme infâmants, ce qui aggrave le problème social et nuit à l'efficacité du traitement. Qui plus est, le nombre des malades mentaux devrait sans doute aller en augmentant dans les années à venir. En effet, la mortalité due aux maladies infectieuses aiguës diminue et il y a de plus en plus d'individus dans les tranches d'âge soumises au plus grand risque de maladie mentale.

Mais cette augmentation du nombre des malades mentaux ne s'explique pas seulement par des arguments démographiques; l'incidence de certains troubles peut aussi augmenter ou diminuer, selon la fréquence d'intervention et l'étendue de certains facteurs étiologiques particuliers d'origine biologique et environnementale dans diverses parties du monde. On peut citer en exemple l'augmentation de la consommation d'alcool et le nombre croissant des accidents, qui se traduisent par une progression spectaculaire du nombre des troubles organiques du cerveau d'origine toxique ou traumatique, avec toutes les perturbations du comportement qu'ils entraînent. Là où prévalent les maladies infectieuses et parasitaires, ce sont des psychoses aiguës ou chroniques, dues aux conséquences cérébrales de la maladie, auxquelles il faut s'attendre. Le stress est partout présent sous ses diverses formes, produisant toute une série de dysfonctionnements du comportement, comme les états d'anxiété, la dépression et les troubles psychosomatiques qui touchent des millions d'individus. Selon des estimations récentes, rien qu'en Europe, les suicides pourraient être responsables de cent mille décès par an.

Le coût social de la morbidité mentale est élevé et continue à augmenter; les travaux entrepris par les spécialistes de la santé mentale et des sciences du biocomportement ont toutefois donné des résultats encourageants, qui permettent de prévoir un progrès rapide, au cours des prochaines décennies, dans notre capacité à maîtriser et prévenir un bon nombre de ces troubles. Il existe déjà des méthodes et des techniques permettant de limiter considérablement le problème, à condition que les formes appropriées d'organisation et de prestation des soins soient disponibles, de préférence au niveau des soins de santé primaires.

Les troubles neurologiques sont une cause majeure de décès et d'incapacité à long terme dans tous les groupes d'âge, partout dans le monde. Il y a entre deux et cinq épileptiques par millier d'habitants dans les pays industrialisés mais, dans certains pays en développement, ce chiffre peut être de trois à cinq fois supérieur. Les troubles cérébrovasculaires sont également une cause fréquente d'incapacité mentale dans tous les pays. Les maladies infectieuses, virales et bactériennes, qui affectent le système nerveux, sont encore très répandues et ont souvent des séquelles neurologiques

validantes, si elles ne sont pas convenablement traitées. Les accidents de la circulation et du travail sont de plus en plus responsables d'affections du système nerveux périphérique d'origine traumatique. Les troubles neurologiques liés au vieillissement augmentent à mesure que s'allonge l'espérance de vie. Plusieurs types de troubles neurologiques peuvent certes être prévenus, tandis que d'autres peuvent être traités et jugulés, mais il n'en reste pas moins quelques-uns qui restent difficiles à soigner et sur lesquels il faudrait en savoir davantage.

Sur les quatre cents millions d'individus atteints d'incapacités dans le monde, il n'y en a pas moins de deux sur cinq dont l'incapacité est due à une maladie mentale ou neurologique ou aux séquelles de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. L'invalidité due à une maladie ou à un accident comporte également une dimension psychosociale souvent cruciale pour la réadaptation de la personne handicapée et pour sa réinsertion dans la société.

Les Etats Membres de l'OMS qui collaborent au programme de santé mentale de l'Organisation ont un triple objectif :

- prévenir ou réduire les problèmes psychiatriques, neurologiques et psychosociaux (y compris ceux qui sont liés à l'abus d'alcool et à la dépendance à l'égard de la drogue);
- accroître l'efficacité des services de santé généraux par l'utilisation appropriée des compétences et des connaissances en santé mentale;
- élaborer des stratégies d'intervention fondées sur une prise de conscience grandissante des aspects de santé mentale de l'action et de l'évolution sociales.

Le but général de ce programme de santé mentale est de réduire les problèmes posés par les troubles mentaux et neurologiques et par l'abus de l'alcool et des drogues, et de faciliter l'intégration de la connaissance et de la compréhension des problèmes de santé mentale dans les soins de santé généraux et le développement social. Plus spécifiquement, ses objectifs sont les suivants.

*Politiques de santé mentale et promotion, coordination, évaluation et soutien des programmes.* Cet objectif concerne essentiellement la création de groupes nationaux et régionaux de coordination, fonctionnant de façon analogue dans toutes les régions de l'OMS, l'appui à ces groupes et les efforts d'élaboration de politiques et de programmes de santé mentale. Une attention particulière est donnée à la formulation de programmes nationaux de santé mentale, à l'octroi d'avis concernant la création et le fonctionnement des groupes de coordination en santé mentale, à l'établissement

de systèmes d'information à l'appui des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national et à des recherches coordonnées sur les indicateurs de la santé et du bien-être mental, notamment par l'examen des registres des cas psychiatriques.

*Facteurs psychosociaux dans la promotion de la santé et le développement humain.* Le but ici est d'accroître l'efficacité des soins de santé généraux dans les Etats Membres, grâce à l'utilisation appropriée des compétences et des connaissances en matière de santé mentale, et d'élaborer des stratégies d'intervention fondées sur une sensibilisation accrue aux aspects psychosociaux de l'action et de l'évolution sociales. Un certain nombre de questions retiennent plus particulièrement l'attention à cet égard : recherche et formation en santé mentale et en sciences biocomportementales, coordination des activités pour la promotion de la santé mentale et du développement psychosocial des enfants, aspects psychosociaux et qualité des soins de jour, prévention de la maladie mentale, évaluation de la qualité de la vie des patients atteints d'une maladie chronique, avec les interventions appropriées, répercussions de la télévision sur le comportement, schémas des comportements à risque dans le cas des maladies non transmissibles chroniques et problèmes psychosociaux liés au vieillissement et aux troubles mentaux.

*Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues.* L'OMS coopère avec les Etats Membres pour prévenir et maîtriser les problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues et pour mettre au point des technologies appropriées afin de traiter les problèmes lorsqu'ils se posent.

Le programme de lutte contre l'alcoolisme comporte trois priorités. La première est d'éveiller l'intérêt du public, ce qui a été fait par le moyen de publications nouvelles sur les réactions de la communauté aux problèmes posés par l'alcool et sur les incidences, pour la santé publique, des tendances constatées dans la production et le commerce de l'alcool. La deuxième concerne l'élaboration et l'étude de politiques nationales globales. La troisième vise à mettre au point des techniques permettant de répertorier, de prévenir et de traiter les problèmes liés à l'alcool dans le cadre des soins de santé primaires.

En ce qui concerne l'abus des drogues, l'OMS a continué à évaluer les avantages et les dangers de l'usage des stupéfiants et des substances psychotropes pouvant engendrer la dépendance, ainsi que le rôle des personnels médicaux et autres dans l'emploi rationnel des substances psychoactives. Elle collabore également avec les pays dans divers domaines : analyse des politiques relatives à la toxicomanie, incorporation de la lutte contre la drogue dans les programmes de soins de santé primaires, rôle des diverses méthodes de traitement et de prescription et évaluation de l'étendue et de l'ampleur du problème posé par la cocaïne.

*Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques.* Le but ici est de planifier des programmes et de mettre au point des technologies appropriées à utiliser dans le cadre des soins de santé primaires. Les activités ont essentiellement concerné l'amélioration des outils de diagnostic et l'établissement de classifications nouvelles, l'insertion d'un élément relatif à la santé mentale dans les soins de santé primaires, les services d'intervention en cas de crise et les services psychiatriques d'urgence, l'examen des connaissances dans le domaine de l'arriération mentale, l'exécution d'études coordonnées sur l'incidence, les manifestations et l'évolution de la schizophrénie et des troubles apparentés, la prévention des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, la psychiatrie biologique et la psychopharmacologie, ainsi que les problèmes neurologiques.

### *Mise en œuvre et coordination des programmes*

L'exécution des programmes de santé mentale exige un engagement multi-sectoriel, la vaste application des technologies disponibles et des travaux de recherche pour la mise au point de technologies nouvelles plus efficaces. L'adoption de lois et de règlements, l'incorporation d'éléments relatifs à la santé mentale dans les programmes nationaux de développement et dans les soins de santé à tous les niveaux, ainsi qu'un effort de formation, sont les conditions préalables indispensables au succès et au progrès sur la voie de la santé et du bien-être. Ces activités nécessitent la mise en place d'une infrastructure technologique et méthodologique avant de pouvoir être incorporées aux programmes nationaux de santé.

Ces dernières années, le programme de l'OMS concernant la santé mentale, comme celui de nombreux Etats Membres, a été élargi et ne se borne plus à la prévention et au traitement des troubles mentaux et neurologiques et de certains problèmes, comme ceux que pose l'abus de drogues ou d'alcool; il englobe aussi d'autres activités qui concernent, par exemple, la promotion de la santé mentale et les aspects psychosociaux des soins de santé généraux et du développement socio-économique. Mais cet élargissement des programmes exige en même temps une plus stricte focalisation de l'action : c'est, entre autres, l'une des raisons du surcroît d'intérêt généralement manifesté pour l'évaluation des activités de santé mentale.

### *Evaluation du problème et formulation des politiques*

Pour la formulation effective d'une politique, il est indispensable de procéder à une évaluation sérieuse des problèmes et des questions posés sur le plan de la santé mentale comme sur le plan psychosocial. L'OMS doit être à même de collaborer avec les pays à cette évaluation qui devrait permettre de répertorier les besoins en termes de développement technologique.

Pour bien apprécier le problème, il faudrait procéder à une estimation épidémiologique de son ampleur et de sa nature, échanger des informations, mettre au point des mécanismes permettant de suivre l'évolution de la situation du pays en ce qui concerne la santé mentale, exploiter les connaissances fournies par des organisations et des institutions extérieures au secteur de la santé et collaborer avec les décideurs de secteurs autres que celui de la santé.

La formulation des politiques exige que l'on commence par sensibiliser davantage les décideurs, les milieux professionnels, les dirigeants communautaires et la population elle-même à la nature même des problèmes et aux moyens disponibles pour les résoudre. Dans un deuxième temps, il est possible, et en vérité utile, de créer et d'entretenir des groupes nationaux de coordination, qui aideront à parvenir à un accord sur les grandes options dans l'action à entreprendre.

Dans certaines régions, des approches nouvelles sont adoptées à l'égard de la formulation des politiques de santé mentale. C'est ainsi, par exemple, qu'en Afrique il a été créé un groupe d'action pour la santé mentale, composé de dix pays du sud-est africain qui formulent en coopération leurs politiques nationales de santé mentale, tandis qu'en Europe des groupes de centres devraient jouer un rôle particulièrement actif dans la formulation des politiques. Des groupes de coordination régionaux et mondiaux continueront à être utilisés pour faciliter et guider la contribution de l'OMS à l'élaboration des programmes nationaux, régionaux et mondiaux. Un appui interrégional sera également important pour assurer l'échange de données d'expérience et d'informations techniques entre les régions et les pays et pour évaluer l'efficacité des approches nouvelles à l'égard de la formulation des politiques.

### *Recherche et adaptation de la technologie*

La mise au point de la technologie demande un travail de recherche, d'évaluation, d'adaptation et le transfert efficace de l'information. L'OMS peut catalyser et coordonner ce genre d'activité et contribuer à combler le fossé entre le progrès scientifique et les besoins de la population.

La pertinence sociale des efforts de recherche et l'autonomie des pays en matière de recherche sont des critères essentiels dans la sélection des domaines de développement de la technologie. La préférence est donnée au type de technologie qui peut être utilisé dans le cadre des soins de santé primaires et qui facilitera l'insertion d'une composante de santé mentale dans les soins de santé généraux. Cette approche est considérée comme d'une importance cruciale pour la prestation des soins dans la plupart des régions.

Pour un transfert efficace de l'information, il faut des mécanismes de traitement, d'analyse et de diffusion de cette information. L'approche utilisée est sélective, l'accent étant mis sur le transfert de connaissances concernant l'ampleur et la nature des problèmes, le développement des services et du personnel nécessaires pour faire face à ces problèmes et les aspects psychosociaux des soins de santé et du développement en général.

La mise en place d'infrastructures pour la recherche et la formation est appuyée par un réseau de centres collaborateurs désignés par l'OMS et qui contribuent aux programmes nationaux, régionaux et mondiaux. L'OMS fait un effort tout particulier pour que ces centres soient établis en des endroits où ils faisaient jusque-là plutôt défaut. En même temps, des formes nouvelles d'infrastructures de recherche et de formation continueront à faire l'objet d'une évaluation, afin d'offrir aux Etats Membres toute une série d'options en vue d'activités à entreprendre en coopération.

### *Promotion de l'emploi d'une technologie appropriée*

Lorsqu'elle collabore avec les pays, l'OMS s'efforce de promouvoir l'utilisation de technologies appropriées aux besoins, aux priorités et aux objectifs de ces pays. Les activités consistent notamment à organiser l'évaluation des traitements, des méthodes de diagnostic et des techniques et possibilités de formation existants, et à diffuser les résultats de cette évaluation, à tenir à jour des listes de médicaments essentiels, de matériels didactiques et de techniques, et à développer la capacité à recommander des normes en matière de soins, de formation et de recherche.

L'OMS encourage également une collaboration visant à améliorer la formation de diverses catégories de personnels. Elle fait en sorte que ces activités de coopération, et leur évaluation, permettent d'identifier des lacunes importantes dans les connaissances et contribuent ainsi à orienter la recherche vers le développement des technologies nécessaires pour la mise en œuvre des programmes.

### **Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national**

Le succès dans la formulation, l'application, la surveillance et l'évaluation de la politique de santé mentale dépend pour beaucoup de l'emploi d'une méthode de gestion correcte, si l'on veut atteindre les objectifs et cibles fixés.

En Europe du Sud, la réorientation progressive des services de santé et de santé mentale dans le sens des soins de santé primaires demande un processus plus complexe encore. Les soins de santé primaires doivent faire partie intégrante du développement économique et social de chaque pays

si l'on veut atteindre l'objectif de la Santé pour tous, et il convient que chaque pays applique, dans la formulation et la mise en œuvre de la stratégie, un processus de gestion qui soit compatible avec sa situation sanitaire, les ressources dont il dispose, son contexte économique et social et ses rouages politiques et administratifs.

Beaucoup de pays d'Europe du Sud ont maintenant des objectifs bien définis, des programmes à mettre en œuvre, un minimum de ressources et d'organisation, et la volonté nécessaire au niveau gouvernemental. Un processus gestionnaire national est indispensable pour formuler ou reformuler les stratégies, ou pour les convertir en plans d'action, de manière à ce que le système de santé devienne suffisamment fort pour offrir les meilleurs programmes possibles et pour surveiller et évaluer le travail et les progrès accomplis.

La planification et la programmation nationales devraient donc être un processus systématique et continu. Les principes directeurs de l'OMS en matière de processus gestionnaire pour le développement sanitaire national semblent tout à fait utilisables par les pays du sud de la Région et pourraient former le point de départ d'orientations plus spécifiques à élaborer par les pays eux-mêmes.

Les principaux éléments du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national peuvent être définis comme suit :

- a) formulation de politiques sanitaires nationales (comprenant des objectifs, des priorités et des grandes lignes d'action orientées vers des objectifs prioritaires) adaptées aux besoins sociaux et aux conditions économiques du pays et faisant partie des politiques nationales de développement socio-économique;
- b) programmation d'ensemble, c'est-à-dire traduction de ces politiques, à travers différents stades de planification, en stratégies visant à atteindre des objectifs clairement énoncés et, dans la mesure du possible, des cibles précises;
- c) programmation-budgétisation, ou allocation préférentielle des ressources sanitaires à la mise en œuvre de ces stratégies;
- d) établissement du plan d'action directeur résultant de la programmation d'ensemble et de la programmation-budgétisation, et indiquant les stratégies à suivre et les grandes lignes d'action à adopter dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs pour mettre en œuvre ces stratégies;
- e) programmation détaillée, ou conversion des stratégies et des plans d'action en programmes détaillés spécifiant les objectifs et les cibles,

ainsi que la technologie, les personnels, l'infrastructure, les ressources financières et le temps nécessaires pour réaliser les programmes par le biais d'un système de santé unifié;

*f)* mise en œuvre, c'est-à-dire traduction des programmes détaillés en action de telle sorte que leur application fasse partie intégrante du système de santé, gestion courante des programmes et des services et institutions chargés de leur exécution, et suivi permanent des activités pour vérifier qu'elles se déroulent selon les plans et dans les délais prévus;

*g)* évaluation des stratégies de développement sanitaire et des programmes opérationnels pour leur mise en œuvre, de façon à en améliorer progressivement l'efficacité et l'impact et à en accroître l'efficience;

*h)* reprogrammation, selon les besoins, en vue d'améliorer le plan d'action directeur ou certaines de ses composantes, ou d'en préparer de nouvelles si cela est nécessaire;

*i)* appui à toutes ces composantes, à tous les niveaux, sous forme d'informations pertinentes et fiables.

Plusieurs mécanismes sont indispensables pour assurer la continuité du processus gestionnaire. Tout d'abord, les ministères de la santé devraient faire partie intégrante du mécanisme d'élaboration des politiques responsables du développement socio-économique au plus haut niveau gouvernemental, et ils devraient se maintenir en contact étroit avec les autres ministères et les autorités gouvernementales qui s'occupent de développement socio-économique. En second lieu, il faudrait instituer un conseil national de la santé multisectoriel, ou un organisme analogue qui aurait un rôle consultatif auprès du ministère de la santé ou des plus hautes instances du pouvoir exécutif ou législatif pour tout ce qui a trait à la santé. En troisième lieu, des centres nationaux de développement sanitaire devraient fournir un appui technique aux ministères et conseils de la santé et faire le lien entre les organismes techniques et les organismes politiques. Enfin, la formulation d'une stratégie nationale de la santé et d'un plan d'action devrait être confiée à un groupe de spécialistes ou à un comité de caractère intersectoriel. De son côté, ce comité devrait se maintenir en liaison permanente avec les décideurs, les conseils nationaux de la santé, les représentants des diverses catégories de personnel, les associations communautaires, les associations de personnels de santé, etc.

### **Formation en vue d'une évolution dans le domaine de la santé mentale**

La plupart des pays d'Europe du Sud connaissent une pénurie de personnel de santé mentale, à tous les niveaux, alors précisément que la qualité

de ce personnel détermine dans une large mesure la qualité des soins de santé mentale; ils ont donc besoin de moyens de formation supplémentaires. La progression a, en effet, surtout concerné le nombre des psychiatres, même dans les pays déjà bien pourvus à cet égard.

Bien que la plupart des malades mentaux soient soignés par du personnel infirmier, il y a encore relativement peu d'exemples de formation professionnelle adéquate offerte aux infirmières psychiatriques. Dans les services de santé mentale des hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques en particulier, le personnel auxiliaire ou sans qualification particulière continue à être très nombreux. Pourtant les programmes de formation de type traditionnel, assurés dans des hôpitaux psychiatriques traditionnels, ne conviennent pas à un personnel appelé à travailler en équipe multidisciplinaire dans un service organisé au niveau de la communauté.

La formulation et la mise en œuvre de politiques de santé mentale à base communautaire auront généralement pour effet d'alléger la dépendance à l'égard des lits d'hôpitaux psychiatriques et de donner davantage d'importance aux soins de jour, aux soins de santé primaires et aux soins assurés dans les services hospitaliers généraux. Cette évolution affectera à la fois les patients et leur famille, tout comme la communauté, les travailleurs de santé mentale et de santé en général, les services et leurs administrateurs. La prise en charge de la santé mentale au niveau de la communauté signifie que davantage de patients vivront au sein de cette communauté et que davantage de professionnels travailleront avec d'autres professionnels et avec des agents communautaires en dehors des hôpitaux. Ceux qui seront responsables des soins communautaires auront besoin d'être mieux informés et préparés à leur travail, notamment en ce qui concerne :

- le rôle de la famille et ses attentes concernant les patients;
- l'élaboration de programmes d'information des malades et de leurs familles sur divers aspects de la maladie mentale;
- les moyens d'encourager l'appui social communautaire aux patients et à leurs familles;
- la façon de faire face à des crises récurrentes à tout moment et dans des contextes différents, pouvant aller des services des urgences aux hôpitaux psychiatriques;
- les effets secondaires des neuroleptiques en administration prolongée, la meilleure façon d'assurer le suivi des malades et les moyens de réduire la possibilité d'une rechute;

- la meilleure façon de coopérer avec diverses catégories d'agents communautaires et d'établir la liaison avec eux, en les sensibilisant davantage aux besoins et aux problèmes particuliers aux individus atteints de maladie mentale qui vivent, ou passent la plus grande partie de leur vie, au sein de la collectivité;
- la conduite à tenir à l'égard des patients récalcitrants en cas de crise;
- les visites et les consultations à domicile;
- les diverses façons de renforcer la coopération et l'intégration fonctionnelle des activités avec celles des généralistes et des autres professionnels des soins de santé primaires;
- l'établissement de contacts, formels et informels, avec les institutions communautaires et les comités, ce qui suppose une connaissance considérable du droit civil et de la structure sociale;
- le travail dans un contexte multidisciplinaire;
- la définition des responsabilités des autres personnes qui interviennent dans le réseau des services de santé mentale, afin d'assurer la continuité des soins;
- l'information, qui est d'une importance cruciale et demande une préparation et une formation, notamment chez les personnes appelées à assumer des tâches d'administration; dans un proche avenir, beaucoup de services communautaires, dans les pays d'Europe du Sud, tiendront des registres des cas donnant des informations sur la prévalence et l'incidence des maladies, les protocoles de soins, l'efficacité et l'efficience des services, et l'évaluation des services et des programmes.

Les constatations ci-après découlent des questions soulevées par les représentants des pays à la réunion concernant les ressources humaines et la formation nécessaires pour faire évoluer la situation.

*Chypre.* A Chypre, il faudra : réorienter les efforts dans le sens de la communauté en augmentant le nombre des professionnels de la santé mentale travaillant dans les services communautaires en expansion constante et à la périphérie; former des généralistes et des travailleurs de santé mentale et de psychiatrie; sensibiliser le public et les membres importants de la communauté aux problèmes et aux besoins des malades mentaux, et aider à éliminer ou réduire les préjugés et les attitudes négatives; organiser des cours de brève durée à l'intention des spécialistes des soins de santé primaires travaillant dans les centres de santé ruraux; et faire en sorte

que les professionnels de la santé mentale les plus expérimentés consacrent une bonne part de leur temps à la formation, à la supervision et à la surveillance continue des travailleurs de santé non spécialisés et à l'évaluation des programmes de santé mentale.

*Espagne.* En Espagne, il faudra : lutter contre la pénurie de ressources humaines, laquelle est à présent surtout due à la concentration du personnel dans les grandes villes et dans les hôpitaux; résoudre le problème posé par les différences de qualification professionnelle à l'intérieur d'une même catégorie d'agents de santé; améliorer la connaissance que les personnels de soins de santé primaires ont des problèmes de santé mentale, dans le cadre de l'effort fait pour que la santé mentale fasse partie des soins de santé primaires; réduire le nombre des lits d'hôpitaux et libérer du personnel professionnel qui pourra être orienté vers les soins extra-hospitaliers; donner la priorité à des programmes permettant à des équipes de santé mentale d'appuyer, de conseiller, de superviser les équipes de soins de santé primaires; instituer progressivement une spécialisation dans certains domaines, comme la santé mentale des enfants, des adolescents et des personnes âgées, l'abus d'alcool et de drogues et la planification et la gestion de la santé mentale (certaines Communautés autonomes ont déjà entrepris, à titre expérimental, de dispenser une formation postuniversitaire en psychologie); réorganiser les structures trop anciennes et dépassées; et mieux utiliser les professionnels de la santé.

*Grèce.* Les unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux devraient assurer la formation des médecins, et plus spécialement celle des infirmières psychiatriques; les centres de santé mentale devraient mettre au point des programmes d'éducation destinés à la population en général, à certains groupes particuliers et aux agents communautaires.

*Italie.* Les services des hôpitaux universitaires devraient contribuer à la formation de nouveaux professionnels, capables de faire face aux problèmes inédits qui font leur apparition dans le domaine de la santé mentale, et devraient s'adapter à la nouvelle organisation des services publics.

*Malte.* Dans l'effort de développement du personnel, il faut notamment insister davantage sur les problèmes communautaires posés par les patients de psychiatrie, y compris sur la formation et le recrutement de divers types de personnel paramédical dans des domaines encore inexplorés. Il faudrait aussi former sur place du personnel spécialisé (travailleurs socio-psychiatriques, ergothérapeutes et psychocliniciens, etc.) et prévoir de dispenser une formation dans le contexte des soins de santé primaires. Une formation en cours d'emploi devrait être organisée à l'intention des médecins, notamment pour le diagnostic précoce de la dépression et le

traitement et la prise en charge des patients. Il faut aussi sensibiliser davantage le public à ces problèmes par le moyen de programmes d'éducation pour la santé organisés dans les écoles, les clubs de jeunes et les universités.

*Maroc.* Le Maroc devra réorganiser ses services de santé mentale, en tenant compte notamment de la capacité matérielle de ces services à offrir des activités de formation; et il devrait donner la priorité à la formation des psychiatres, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux.

*Portugal.* Au Portugal, il faudra : élaborer des programmes de formation postuniversitaire à l'intention des professionnels travaillant au niveau des soins de santé primaires (praticiens généralistes), des services d'urgence dans les hôpitaux généraux des districts et des centres sociothérapeutiques; organiser des programmes d'enseignement de la santé mentale aux médecins-généralistes, notamment en ce qui concerne les interventions de caractère préventif visant des groupes particuliers (mère-enfant, écoliers, personnes âgées, etc.); offrir aux professionnels de la santé mentale des cours de formation en administration des services de santé mentale et en psychiatrie communautaire; et inscrire l'enseignement de la santé mentale au programme des cours postuniversitaires destinés aux médecins et aux infirmières de santé publique, aux ergothérapeutes et aux administrateurs des hôpitaux.

*Turquie.* En Turquie, il faudra : répondre au besoin d'accroissement du nombre des personnels de santé mentale et d'accroissement des moyens de formation; faire en sorte que les infirmières psychiatriques soient formées surtout dans les hôpitaux universitaires et que l'université offre une formation en psychologie clinique; et améliorer les communications entre le Ministère de la santé (dont dépendent les services de santé mentale) et les universités (qui forment les médecins et les infirmières).

Un certain nombre d'autres questions ont également été posées, que l'on peut résumer comme suit :

- compte tenu des limitations du budget de la santé mentale et du pourcentage de ce budget consacré à l'emploi de psychiatres, il faudrait étudier très attentivement le problème du nombre des psychiatres formés, car toute progression sensible dans le nombre de ces spécialistes pourrait empêcher le développement d'autres catégories de personnel, et en particulier du personnel infirmier;
- la pénurie d'infirmières, en particulier dans le domaine des soins psychiatriques communautaires, pose un grave problème dans

les pays du sud de la Région européenne et entravera fortement le développement souhaitable de services de santé mentale fondés sur la communauté;

- d'autres catégories de personnels de santé mentale, comme les psychologues, ont à souffrir de l'insuffisance de la formation et de l'inadéquation des moyens de travail clinique dans les services de santé mentale;
- les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux se heurtent à des difficultés analogues, notamment en ce qui concerne la nécessité de programmes de formation assurés par et dans les services de santé mentale;
- dans bien des cas, il est difficile d'élaborer des programmes adéquats et efficaces de formation pratique en santé mentale, car il n'existe encore que de rares possibilités de stages permettant de participer aux activités des services de santé mentale communautaires ou de recevoir un complément de formation;
- des centres collaborateurs de l'OMS devraient jouer un rôle dans ce domaine important de la formation;
- le développement progressif de services de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux exigera que l'on dispense une formation spécifique aux professionnels de la santé mentale appelés à travailler dans ce contexte nouveau.

### **Problèmes de santé mentale des migrants**

Selon l'Organisation des Nations Unies, en Europe septentrionale et occidentale, il y avait en 1974 environ 5,5 millions d'immigrants venus des pays d'Europe du Sud. Depuis lors, pour des raisons diverses — récession économique, vieillissement des premiers immigrants, montée du chômage et resserrement des contrôles —, le nombre des travailleurs migrants a fortement diminué et un courant inverse, ramenant les migrants dans leur pays d'origine, commence à se dessiner.

Il y a longtemps que l'on s'intéresse aux conséquences des migrations sur la santé : les psychiatres sociologues et les épidémiologistes travaillant dans le domaine de la santé mentale ont essayé de savoir dans quelle mesure le phénomène des migrations pouvait être tenu pour responsable de l'apparition de troubles mentaux. Dans ces études, les taux les plus élevés de troubles mentaux ont été constatés chez certains groupes d'individus,

comme les réfugiés et les personnes déplacées, dont il était difficile de pouvoir prétendre qu'ils avaient émigré volontairement. A l'heure actuelle, la relation qui pourrait exister entre les troubles mentaux et les migrations apparaît encore plus douteuse, et il semble de moins en moins vraisemblable que l'on puisse estimer que la migration est, en soi, un facteur de risque.

Au sujet de la santé mentale des parents et des autres membres de la famille, notamment les enfants que les migrants peuvent laisser derrière eux, on ne sait pas grand chose. Quelques études épidémiologiques ont été consacrées aux problèmes de santé mentale des personnes ayant émigré du sud vers le nord de la Région; mais les statistiques nationales et internationales, lorsqu'elles existent, ne permettent guère de se faire une idée précise sur la question.

Les participants au groupe de travail qui venaient de pays du sud de l'Europe ont émis l'avis que l'augmentation constante du nombre des travailleurs migrants qui retournaient chez eux posait un important problème de santé, et en particulier de santé mentale. Certaines études, par exemple, ont montré que plus de 60% du nombre total d'émigrants revenus en Yougoslavie avaient maintenant une capacité de travail diminuée, et même parfois une incapacité totale. Le taux élevé de chômage et le moindre niveau de vie, joints aux difficultés d'adaptation familiale après de nombreuses années passées à l'étranger, incitent d'ailleurs certains travailleurs qui étaient rentrés chez eux à émigrer de nouveau.

Il serait important pour les services de santé mentale en Europe du Sud d'améliorer la recherche épidémiologique et la collecte de données épidémiologiques qui pourraient servir à identifier les besoins des travailleurs migrants et de leurs familles et à organiser des services à leur intention. Il faut toutefois se garder de médicaliser les problèmes d'adaptation des travailleurs migrants.

L'OMS et d'autres organisations internationales ont un grand rôle à jouer dans l'appui à des études coordonnées et la promotion de l'échange de programmes et d'informations sur les migrations et la santé. Le Bureau régional de l'Europe a, d'ailleurs, publié un rapport spécial sur la question<sup>a</sup>.

Le groupe de travail a donc estimé que des initiatives à court terme s'imposaient de toute urgence pour essayer de résoudre les problèmes de santé mentale des migrants provenant des pays du sud de la Région.

---

<sup>a</sup> Publié sous la direction de Colledge, M. et al., *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1986.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### Conclusions

1. Des politiques et des stratégies en matière de santé mentale ont été formulées et appliquées de diverses façons dans les Etats Membres représentés au sein du groupe de travail et se trouvent actuellement à divers stades de développement. Le groupe de travail a néanmoins estimé que ces diverses expériences pouvaient être utilisées avec profit par les pays qui avaient l'intention, ou qui avaient déjà entrepris, de réorienter leurs politiques et leurs méthodes de santé mentale.
2. Une collaboration technique entre les Etats Membres est hautement souhaitable en raison de la rapidité des changements observés dans la reformulation des politiques et dans l'élaboration de programmes nationaux de santé mentale. Le groupe de travail a notamment estimé qu'il serait utile de procéder à des échanges de données d'expérience et d'informations sur les méthodes de formulation, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et des stratégies de santé mentale.
3. Bien que tous les participants se soient déclarés convaincus de la nécessité de la décentralisation et de la régionalisation du processus gestionnaire pour l'évolution et le développement de leurs systèmes de santé mentale, certains se sont demandé comment assurer, entre les départements et les ministères du gouvernement central, la collaboration et la coordination intersectorielles indispensables à une bonne promotion de la santé mentale.
4. Un poste d'administrateur devrait être créé dans chaque pays, au niveau le plus élevé du ministère ou du département concerné, afin d'offrir un point focal pour la coordination et de permettre l'intégration des compétences et des connaissances en santé mentale dans les services généraux de santé et dans les organisations gouvernementales et non gouvernementales.
5. Les Etats Membres devraient se préoccuper des problèmes de santé mentale des travailleurs migrants, et en particulier de la fourniture de soins adéquats et accessibles aux migrants et/ou aux membres de leurs familles présentant des problèmes de ce type.

### Recommandations

1. Il faudrait renforcer et appuyer la coopération technique dans le domaine de la santé mentale entre les pays du sud de l'Europe et d'autres

pays du bassin méditerranéen, éventuellement en créant un groupe d'action permanent, composé de représentants de ces pays. Une attention particulière devrait être accordée aux problèmes liés aux migrations.

2. L'OMS devrait faciliter l'échange de données d'expérience et d'informations sur les processus de gestion pour l'élaboration de programmes communautaires de santé mentale conformes à l'objectif de la Santé pour tous. La situation particulière des pays fédérés devrait faire l'objet d'une attention spéciale.

3. L'expérience acquise dans la mise en œuvre des programmes nationaux étudiés à la réunion devrait être portée à la connaissance des autres pays de la Région européenne et des autres régions par le moyen de publications ou par tout autre moyen approprié, en insistant sur les résultats d'une évaluation systématique opérée à partir d'une base de données crédibles.

4. Afin de faciliter la planification, la budgétisation, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes nationaux de santé mentale, il faudrait établir, si besoin est, un groupe de coordination au niveau national et régional. Ce groupe devrait être composé de représentants de différents secteurs gouvernementaux (protection sociale, administration, santé, etc.) et d'organisations non gouvernementales. Son mandat et sa création devraient être officiellement approuvés par le gouvernement et les modalités d'application de ses décisions devraient être spécifiées.

5. Un service, dirigé par un haut fonctionnaire du Ministère de la santé, devrait être chargé de l'application du programme national de santé mentale, et les pays qui n'ont pas encore adopté un tel programme devraient le faire le plus rapidement possible. Ce programme devrait notamment encourager la coopération intersectorielle entre les différents départements gouvernementaux ayant des responsabilités dans le domaine de la santé mentale.

6. Dans tous les pays, il faudrait faire davantage d'efforts pour améliorer la formation professionnelle de tous les personnels qui s'occupent de santé mentale, à quelque niveau que ce soit — soins de santé primaires ou services spécialisés. Les travailleurs qui auront atteint un haut niveau de connaissances et de compétences devraient être encouragés à assumer des rôles de premier plan dans le développement des services de santé mentale.

## LISTE DES PARTICIPANTS

### **Conseillers temporaires**

Dr Isabel Alvarez Baleriola, directeur général adjoint de la programmation de la santé et de la protection sanitaire, Ministère de la santé et de la protection des consommateurs, Madrid (Espagne) (*président*)

Dr N. Angelopoulos, chargé de cours en psychiatrie, Université de Ioannina (Grèce)

Dr P. Crepet, directeur, unité de recherche, Conseil national de la recherche, Rome (Italie)

Dr J.A. Espino, conseiller exécutif auprès du Cabinet du ministre, Commission ministérielle pour la réforme psychiatrique, Madrid (Espagne)

Dr J.G. Sampaio Faria, directeur des services de santé mentale, Lisbonne (Portugal) (*corapporteur*)

Dr H. Freeman, School of Medicine, University of Manchester, Salford, Royaume-Uni (*corapporteur*)

Professeur R. Giel, département de psychiatrie sociale, Hôpital universitaire de Groningue (Pays-Bas)

Dr J.J. Giglio, médecin principal, Ministère de la santé, La Valette (Malte)

Dr F. Marquinez, directeur, service psychiatrique extra-hospitalier, Communauté basque autonome, Neguri (Vizcaya) (Espagne)

Dr A. Marron, directeur général adjoint pour les soins de santé primaires et la médecine du travail, Ministère de la santé et de la protection des consommateurs, Madrid (Espagne)

Dr G. Malekides, directeur, services de santé mentale, Athalassa, Nicosie (Chypre)

**Dr D. Nikolic, secrétaire, Commission fédérale de la santé mentale, Institut fédéral de la santé publique, Belgrade (Yougoslavie)**

**Professeur M. Paes, directeur adjoint, services universitaires de psychiatrie de Rabat-Salé, Salé (Maroc)**

**Dr N. Afonso Ribeiro, fonctionnaire principal, Département des études et de la planification sanitaires, Lisbonne (Portugal)**

**Dr R. Sadoun, directeur, centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris (France)**

**Professeur Leyla Zilehi, chef de la Commission de la santé mentale, Ministère de la santé et de l'assistance sociale, Ankara (Turquie)**

### **Observateurs**

**Dr R. Bennegadi, chef du secteur de la santé mentale et de l'adaptation, Comité médico-social pour la santé des migrants, Paris (France)**

**Dr A. Calvé Pérez, directeur, Institut régional d'études, Conseil de la santé et du bien-être social, Alcobendas, Madrid (Espagne)**

**Dr A. Guilherme Ferreira, chef de département, Hôpital Miguel Bombarda, Lisbonne (Portugal)**

**Dr J. Garcia, chef de la direction de la santé mentale, Département de la santé, Oviedo (Espagne)**

**Dr J. Agustin Ozamiz, chef des services de santé mentale, Communauté basque autonome, Lakva, Vitoria (Espagne)**

**Dr H. Rodrigues da Silva, psychiatre consultant, Direction des services de santé mentale, Lisbonne (Portugal)**

**Dr R. Perez Simo, chef de la section technique, Département de psychiatrie, Barcelone (Espagne)**

**Dr F. Torres, vice-ministre de la santé de la Communauté autonome d'Andalousie, Département de la santé et de la consommation, Séville (Espagne)**

## **Représentants d'autres organisations**

### *Commission des Communautés européennes*

Dr W. Stabenow, directeur, Fonds social européen, Bruxelles  
(Belgique)

### *Centre collaborateur OMS pour la santé et les facteurs psychosociaux et psychobiologiques*

Professeur F. Baro, directeur, Centre psychiatrique universitaire  
St Kamillus, Bierbeek (Belgique)

### *Association psychiatrique mondiale*

Professeur J.J. Lopez Ibor, Jr, chef du département de psychiatrie,  
Hôpital Ramon y Cajal, Madrid (Espagne)

## **Organisation mondiale de la santé**

### *Bureau régional de l'Europe*

Dr P. Owe Petersson, directeur, Promotion de la santé

Dr J.H. Henderson, Medical Director, St Andrew's Hospital, North-  
ampton, Royaume-Uni (Consultant) (*secrétaire*)

### *Siège*

Dr N. Sartorius, directeur, Division de la santé mentale

