



GRUPE AFRICAÏN D'ACTION EN SANTE MENTALE

Dixième réunion

Genève, 8 mai 1987

RAPPORT

Table des matières



	<u>Pages</u>
1. Introduction	3
2. Bilan des réalisations en 1986-1987 et plans pour 1987-1988	4
2.1 Résumé des rapports de pays	4
2.1.1 ANC	4
2.1.2 Botswana	4
2.1.3 Kenya	5
2.1.4 Lesotho	6
2.1.5 Malawi	6
2.1.6 Rwanda	7
2.1.7 Seychelles	8
2.1.8 Swaziland	8
2.1.9 Ouganda	8
2.1.10 République-Unie de Tanzanie	9
2.1.11 Zambie	9
2.1.12 Zimbabwe	10
2.2 Rapport sur les activités interpays	10
3. Discussion	11
3.1 Effets des troubles civils et de l'instabilité politique	11
3.2 Education en santé mentale, formation en santé mentale et développement des personnels	12
3.3 Intégration de la psychiatrie dans les services de santé généraux, recherche et santé mentale pour tous d'ici l'an 2000	12
3.4 Intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine classique	12
3.5 Abus de l'alcool et des drogues	13

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

	<u>Pages</u>
3.6 SIDA	13
3.7 Réunions de suivi, plan d'action et groupes de travail	13
3.8 Liste de médicaments essentiels	13
3.9 Cours pour promoteurs de la santé mentale	13
3.10 Hôpital d'Aro	14
3.11 Bulletin	14
3.12 Barrières entre pays anglophones et pays francophones	14
3.13 Mode de présentation des rapports de pays	14
3.14 Rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé	14
4. Conclusion	15
Annexe I. Liste des participants	16
Annexe II. Déclaration du Président pour 1987-1988	20
Annexe III. Tableau récapitulatif des plans et besoins des pays	21

1. INTRODUCTION

La dixième réunion du Groupe africain d'action en santé mentale s'est tenue à Genève, le vendredi 8 mai 1987, au Siège de l'OMS. Y ont assisté 16 représentants de 10 pays et d'un mouvement de libération qui sont membres du Groupe, ainsi que des observateurs de cinq pays et mouvements de libération africains qui n'en sont pas membres et de trois pays européens (Belgique, Finlande et Pays-Bas) qui soutiennent les activités du Groupe. Des représentants de l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA) et de Centres collaborateurs de l'OMS étaient également représentés. La liste complète des participants est reproduite dans l'annexe 1.

Mme Hélène Matanda (Zambie), qui assurait la présidence pour la période 1986-1987, a exprimé sa satisfaction devant les bons résultats obtenus par le Groupe d'action. Elle a remercié les pays donateurs et les institutions de leur soutien et le Secrétariat de son engagement et de ses conseils. Elle a fait observer que la réunion de 1987 était une réunion d'anniversaire et devait être une occasion de réjouissance et de réengagement. Elle a souhaité la bienvenue au Dr Lambo, Directeur général adjoint, et au Dr Monekosso, Directeur régional pour l'Afrique, et a demandé aux pays donateurs de continuer à apporter un soutien en l'accroissant encore si possible étant donné la crise économique mondiale qui ne cesse de s'aggraver et handicape de nombreux pays en développement.

Le Dr T. A. Lambo, Directeur général adjoint de l'OMS, a souhaité la bienvenue aux participants au nom du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS. Il a félicité le Directeur régional du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Secrétariat des réalisations accomplies au cours des dix années écoulées. Il a en particulier rappelé aux membres de la réunion que le Groupe africain d'action en santé mentale était né et avait continué de se développer grâce au Dr N. Sartorius, Directeur de la Division de la Santé mentale de l'OMS, qui avait consacré toute son énergie et son enthousiasme ainsi que les ressources de sa Division en faveur de l'instauration de soins de santé mentale pour tous les Africains d'ici l'an 2000. Le Directeur général adjoint a rappelé que l'OMS n'avait pas été épargnée par les difficultés économiques mondiales et que les pays africains devaient faire un plus grand effort pour eux-mêmes en augmentant les crédits qu'ils allouaient à la santé en général et à la santé mentale en particulier. Il a déploré la dichotomie existant dans de nombreux pays africains en ce qui concerne le contrôle et la supervision des services de santé et de l'éducation pour la santé. Il a rappelé aux décideurs du monde entier la nécessité de faire plus attention aux aspects psychosociaux de cette maladie meurtrière qu'est le SIDA. Il a fait observer qu'aucun pays africain n'avait pris de dispositions pour les soins aux déficients mentaux et a demandé que de telles dispositions soient prises. Le Directeur général adjoint a cité les troubles affectifs et les troubles de la conduite ainsi que les comportements nuisibles pour la santé tels que l'abus des drogues et de l'alcool, la violence et la maternité chez les adolescentes comme des questions qu'il convenait d'examiner individuellement au niveau national.

Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a félicité le Groupe africain d'action en santé mentale pour son dixième anniversaire. Il a relevé que la plupart des pays africains n'avaient pas de politique nationale de santé mentale et qu'ils ne disposaient généralement pas de mécanismes adéquats pour l'élaboration et l'évaluation d'une telle politique. Il a attiré l'attention des membres de la réunion sur l'attitude négative traditionnelle et l'ignorance du public à l'égard des questions de santé mentale et des déficients mentaux, et sur le fait qu'il y avait pénurie de personnel qualifié, de technologies adéquates et d'infrastructures. A son avis, la création et l'activité du Groupe africain d'action en santé mentale sont d'une considérable importance. Il a proposé que des groupes d'action similaires soient établis dans d'autres sous-régions.

Le Directeur régional a fait savoir aux participants qu'il avait récemment réuni une table ronde d'experts africains en santé mentale et qu'il avait demandé aux gouvernements de mettre en oeuvre les recommandations formulées lors de cette réunion. Il a proposé d'inscrire la santé mentale à l'ordre du jour du Comité régional de 1988 en application de la résolution WHA39.25. Il a promis qu'un conseiller en santé mentale, qui travaillerait au Bureau régional à l'élaboration d'activités inter pays et aiderait les pays à développer leurs programmes, serait bientôt recruté.

En vertu du principe de l'alternance des pays membres à la présidence du Groupe, Mme Matanda a invité Mme J. Kadandara (Zimbabwe) à assumer cette fonction pour 1987-1988. Le Dr John Orley et le Dr J. Makanjuola ont été élus rapporteurs.

Le Dr Norman Sartorius, Directeur de la Division de la Santé mentale, OMS, a suggéré une nouvelle procédure pour la présentation des rapports de pays : un exposé succinct des rapports de pays serait fait par un des rapporteurs et suivi par les commentaires des représentants des pays concernés, si nécessaire. Les participants ont convenu d'essayer cette méthode et de l'adopter pour les réunions à venir s'ils la jugeaient satisfaisante. L'ordre du jour de la réunion a été adopté.

2. BILAN DES REALISATIONS EN 1986-1987 ET PLANS POUR 1987-1988

2.1 Résumé des rapports de pays

Au cours des douze mois écoulés, les activités et programmes dans les pays membres du Groupe africain d'action en santé mentale ont visé à satisfaire les besoins suivants :

- 1) nécessité de décentraliser les services psychiatriques;
- 2) nécessité d'une approche intersectorielle des systèmes de soins de santé mentale;
- 3) besoins en formation dans toutes les disciplines de santé mentale;
- 4) amélioration et rénovation des infrastructures;
- 5) problèmes de logistique;
- 6) nécessité d'activités universitaires non programmées - ateliers, séminaires et brefs cours de recyclage;
- 7) nécessité de mettre l'accent sur les mesures de prévention et sur l'intégration de la santé mentale dans les programmes de soins de santé primaires;
- 8) nécessité de fonds extrabudgétaires pour financer divers projets et activités.

2.1.1 African National Congress - Congrès national africain

Le Congrès, à la troisième réunion de son Conseil national de la Santé, à Lusaka (août 1986), a pour la première fois pris une décision ferme et définitive concernant la santé mentale, réaffirmant l'engagement du Congrès envers une approche à base communautaire de la réadaptation des handicapés mentaux. Il a été décidé lors de la réunion de renforcer les services de santé mentale dans tous les centres d'hébergement et de veiller à la réadaptation de tous les handicapés mentaux. Quelque 150 personnes hébergées en Zambie et en Tanzanie souffrent de diverses affections, schizophrénie, dépression, psychoses organiques, névroses et épilepsie, notamment.

Un psychologue clinicien exerçant au Canada envisage d'étudier les effets de la torture et le syndrome posttraumatique sur la santé mentale des habitants des centres de regroupement. L'Institut africain de Réadaptation envisage de collaborer avec le Congrès pour l'organisation d'un atelier sur la réinsertion sociale à l'intention des animateurs communautaires.

Constatant qu'il y avait une forte pénurie de personnel qualifié, le Congrès a demandé le soutien des Etats de première ligne et de l'OMS pour pouvoir 1) tenir un atelier sur la santé mentale à l'intention des agents de santé et des responsables de départements, et 2) financer la formation d'au moins un psychiatre.

2.1.2 Botswana

Les services nationaux de santé mentale au Botswana ont mis l'accent sur l'intégration des services de santé mentale dans les programmes de santé généraux et sur la participation communautaire en matière de santé mentale. Au nombre des réalisations de l'année écoulée figure

un atelier au cours duquel les participants ont appris à utiliser les organigrammes pour identifier et soigner les problèmes de santé mentale et où l'importance d'un diagnostic précoce a été soulignée.

Du personnel de santé mentale est actuellement formé et des agents de santé mentale sont encouragés à acquérir une expérience en méthodologie de la recherche. Un projet de recherche sur l'épilepsie est actuellement mis sur pied. Le Botswana a toutefois besoin de former davantage de psychiatres, de psychologues cliniciens, d'ergothérapeutes et de moniteurs des soins infirmiers psychiatriques. Une assistance extérieure serait extrêmement bienvenue dans ces domaines.

Il est apparu nécessaire de revoir la Loi sur la santé mentale et pour cela le Botswana a besoin des services d'un consultant. L'OMS continue à fournir une assistance technique et financière pour permettre à des professionnels du Botswana de participer à un certain nombre de programmes menés en coopération. La NORAD et l'Association canadienne pour la Santé mentale ont manifesté leur intérêt pour la collaboration avec le Botswana. Le Gouvernement est reconnaissant à toutes ces organisations. Il est prévu enfin d'établir une association de la santé mentale au Botswana d'ici la fin de 1987.

Il est prévu d'organiser prochainement une série d'ateliers sur l'utilisation des organigrammes, sur l'intégration de la santé mentale dans les services de santé généraux, en particulier dans les programmes de santé maternelle et infantile, et sur l'approche multisectorielle en santé mentale.

2.1.3 Kenya

L'Hôpital de Mathari continue d'être le principal centre de formation clinique pour les psychiatres, les infirmières psychiatriques et autres professionnels de la santé mentale. Au cours de l'année écoulée, trois médecins ont obtenu la maîtrise en psychiatrie à l'Université de Nairobi et ont depuis été affectés à divers services psychiatriques dans le pays. Vingt-quatre infirmières diplômées et 25 infirmières brevetées ont achevé leur formation et obtenu leurs diplômes au cours de la même période. La décentralisation des services psychiatriques s'est poursuivie et de nouvelles unités psychiatriques ont été ouvertes dans les hôpitaux de district d'Eldoret et de Siaya.

Une conférence internationale sur la psychiatrie en Afrique et dans les Amériques aujourd'hui a eu lieu à Nairobi, du 11 au 14 août 1986. Les organisations qui y ont participé étaient les suivantes : l'Association de Psychiatrie du Kenya, la Black Psychiatrists of America (Association des Psychiatres noirs d'Amérique), l'Association de Psychiatrie des Etats-Unis et l'Association africaine de Psychiatrie. Une réunion de l'Association africaine de Psychiatrie et de représentants de l'OMS et du Ministère de la Santé du Kenya a été organisée le 15 août 1986. Elle a permis d'explorer les possibilités de collaboration entre l'OMS et l'Association africaine de Psychiatrie et aussi de discuter de l'intégration des soins de santé mentale dans les programmes de soins de santé primaires. D'autres activités universitaires hors programme ont eu lieu au cours de l'année : ateliers sur "l'équipe de psychiatrie" (Hôpital de Mathari, 30 avril 1987); "les psychoses puerpérales" (Hôpital de Mathari, 24 juillet 1986); "le traitement des malades mentaux atteints d'affections physiques" (Hôpital de Mathari, 6-7 août 1986); "intervention en cas de crise" (19 août 1986), ainsi qu'une conférence le 10 octobre 1986 pour inaugurer l'Association kényenne pour la Santé mentale.

Des organisations non gouvernementales ont organisé les activités suivantes :

- i) une semaine pour la promotion de la santé mentale (10-17 octobre 1986);
- ii) les membres de la société des amis et des parents d'handicapés (filiale de l'Association kényenne pour les Handicapés mentaux) se sont réunis tous les mois;
- iii) les Pays-Bas, sous les auspices de l'Association pour la Protection de l'Enfance, ont organisé un cours sur les soins aux enfants en février-mars 1987;
- iv) l'Association de Conseils Amani, établie en 1979, a continué de fournir des conseils aux individus et aux familles et a organisé des programmes de formation portant sur la manière de donner des conseils et sur la psychothérapie;

v) "Action Aid", qui a lancé des projets de réadaptation fondés sur la communauté à Kibera, en 1981 et à Kibwezi, en 1982, a également entrepris trois autres projets à Isiolo, Maralal et Lalaua, en 1986;

vi) l'Association kényenne d'Aide aux Epileptiques (établie en 1982) a créé des dispensaires dans la vallée de Mathari, à Karen, à Riruta et Kibwezi.

Toujours en 1986, le Lady Northey Home, géré par la municipalité de Nairobi, a continué de donner des consultations dans le cadre de son programme de santé scolaire. L'Institut d'Education spéciale du Kenya (KISE), géré par le Ministère de l'Education, de la Science et de la Technologie depuis 1982, a continué d'assurer des cours spéciaux destinés à des enfants handicapés, et le Département de l'action sociale du Ministère de la Culture et des Services sociaux a organisé un séminaire de deux semaines en mars 1987 pour le personnel des services de réadaptation fondés sur la communauté.

Les services de santé mentale communautaires de Nairobi ont continué à procéder à des visites à domicile, à souligner l'importance de l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires et à assurer une éducation en santé mentale au bénéfice des patients, de leurs parents et d'autres groupes de la communauté. La santé mentale a été incluse dans les huit éléments essentiels des soins de santé primaires et dans les Directives nationales pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires au Kenya.

La rénovation de l'Hôpital de Mathari a commencé, mais il est urgent de trouver des crédits pour l'exécution du plan directeur prévoyant la réorganisation de l'Hôpital en trois étapes, entre 1987 et 1992, pour en faire un complexe national de soins curatifs et d'enseignement.

2.1.4 Lesotho

Au cours de l'année écoulée, les programmes de santé mentale au Lesotho ont été guidés par la nécessité : a) de décentraliser les services de santé mentale, 2) d'intégrer les services de santé mentale dans les programmes de soins de santé généraux et 3) de prévoir des services de prévention, de traitement, de réinsertion, de suivi, de recherche et de formation.

Les programmes de santé mentale communautaires ont continué de s'étendre. Des programmes d'éducation ont été entrepris qui font appel à différents moyens - presse, radio, conférences et jeux de scène.

Un psychiatre, deux moniteurs en soins infirmiers psychiatriques et deux infirmiers psychiatriques suivent actuellement une formation à l'étranger et reviendront bientôt au Lesotho. Le Ministère de la Santé prévoit le lancement d'un cours de 18 mois sanctionné par un diplôme, auquel pourront participer un nombre limité d'infirmiers psychiatriques spécialisés qui formeront un groupe clé pour accélérer l'amélioration des services psychiatriques. L'OMS a été invitée à prêter son concours pour cette activité. La santé mentale est actuellement intégrée dans tous les programmes d'enseignement infirmier (général, communautaire, etc.). Un technicien en soins infirmiers a suivi récemment aux Etats-Unis d'Amérique un cours d'action sociale d'une durée de quatre mois.

Au cours de l'année à venir, le Lesotho envisage de tenir au moins deux ateliers pluridisciplinaires et intersectoriels mettant l'accent, notamment sur la nécessité de services de santé intégrés. Les activités de prévention seront également intensifiées au cours de cette période : l'OMS est invitée à prêter son concours pour l'évaluation des services de santé mentale actuels fondés sur la communauté. Des difficultés financières et autres contraintes (personnel, transport, etc.) ont empêché le Lesotho d'exécuter certains des programmes prévus.

2.1.5 Malawi

En 1986-1987, certains progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'intégration des soins de santé mentale dans les activités des services de santé généraux, le renforcement des personnels, les programmes scolaires, le développement de consultations externes de santé mentale, l'expansion de l'infrastructure physique et les services de réadaptation fondés sur la communauté.

L'incorporation d'une composante santé mentale dans les programmes d'études infirmières de base a été entreprise et un programme d'études supérieures d'une année en soins infirmiers psychiatriques a été mis sur pied. Des activités universitaires hors programme - séminaires, conférences, etc. - destinées aux agents de santé psychiatriques et non psychiatriques ont été intensifiées. Des exposés réguliers sont faits dans les écoles à l'intention des enseignants et des élèves sur des problèmes de santé mentale.

Des consultations externes ont lieu une fois par semaine à l'Hôpital central Queen Elizabeth de Blantyre, deux fois par mois à l'hôpital de district de Mangochi et une fois par mois dans les hôpitaux des districts de Nsanje, Thyolo et Mulanje. De nouvelles consultations externes ont été établies dans les hôpitaux des districts d'Edza, Salima, Nkhota-kota, Mchinji, Dowa, Ntchisi et Kasungu. Tous ces hôpitaux se trouvent dans la région centrale et sont dotés, sur une base régulière, d'infirmiers psychiatriques et d'agents cliniciens qualifiés.

L'Hôpital psychiatrique de Zomba est en cours de remise en état et déjà en 1986 une unité pédopsychiatrique de 40 lits y est devenue opérationnelle. L'unité psychiatrique de Lilongwe est également modernisée. Les autorités sont déterminées à décentraliser les services de santé mentale et déploient des efforts pour assurer des possibilités de formation aux handicapés mentaux. Il y a au moins un infirmier psychiatrique breveté dans 15 des 24 hôpitaux de district. Dans la région du nord, un infirmier diplômé travaille au niveau régional. Dans certains districts, les infirmiers communautaires et autres agents de santé assurent des prestations de santé mentale dans les dispensaires généraux satellites ou au niveau de l'hôpital de district.

Les principales difficultés sont l'insuffisance des effectifs et des problèmes de logistique et de transport. Il est urgent de former des infirmiers psychiatriques, des ergothérapeutes, des psychologues cliniciens et des psychiatres. Il n'y a pas un seul psychiatre qualifié dans le pays.

Il est nécessaire de créer des services de santé de base dans la communauté qui pourront procéder au dépistage précoce des maladies mentales et faciliter le suivi des malades. Il faudrait aussi instituer l'éducation du public en santé mentale, intensifier les activités intersectorielles, inclure un élément santé mentale dans les divers programmes de formation des professions de la santé, élaborer une politique et des programmes nationaux de santé mentale et instituer une commission nationale de coordination de la santé mentale.

Un essai d'intégration des méthodes des guérisseurs et des méthodes psychiatriques modernes a été tenté. Il fera bien entendu l'objet d'une évaluation. Un séminaire national sur la médecine traditionnelle et la médecine moderne doit avoir lieu du 11 au 15 mai 1987. On espère que ce séminaire étudiera la question des plantes médicinales traditionnelles, établira des principes relatifs à la pratique de la médecine traditionnelle et renforcera la coopération entre les deux médecines.

2.1.6 Rwanda

La décentralisation des services de santé mentale, l'inclusion de la santé mentale dans les programmes d'études médicales et infirmières et des cours de recyclage en santé mentale, à l'intention du personnel de terrain, ont été les principales activités du Rwanda dans le domaine de la santé mentale au cours de l'année écoulée.

La part du budget allouée par les autorités publiques à la santé mentale est insuffisante par rapport aux besoins. Il est impossible de fournir en médicaments et d'héberger gratuitement même les plus indigents des malades.

Quinze centres pilotes de soins de santé primaires assurent des services de santé mentale, mais ils ont besoin d'un encadrement plus intense qu'à l'heure actuelle - où il est réduit à une visite tous les 3 à 6 mois. Dans l'immédiat, les efforts porteront sur le développement des cours de recyclage pour le personnel de terrain.

2.1.7 Seychelles

Un groupe national de coordination des programmes de santé mentale a été créé en mars 1987 et a été chargé notamment de favoriser les attitudes positives à l'égard de la santé mentale, tant chez les agents de santé que dans la population, et à introduire une composante santé mentale dans le programme national de soins de santé généraux.

Il existe des services pour les soins primaires des handicapés mentaux. L'éducation en santé mentale est assurée par les médias et par le contact direct avec les groupes à risque tels que les étudiants. Des programmes éducatifs axés sur la famille ont été mis sur pied avec l'aide de l'OIT/FNUAP.

Les effectifs sont très insuffisants. Le pays ne possède qu'un psychiatre qualifié, un psychologue clinicien et 9 infirmiers diplômés en santé mentale. Il est donc prévu d'instituer des stages et des ateliers de formation en cours d'emploi pour améliorer la situation. Un médecin doit bientôt obtenir son diplôme de psychiatre.

Les Seychelles ont envoyé des délégués à un atelier sur l'abus des drogues et de l'alcool (Harare, 1986) et envisagent d'en envoyer à un autre atelier sur la jeunesse et la santé mentale à Lusaka (juin 1987). Elles hébergeront un atelier de la Commonwealth Association sur la prévention des handicaps mentaux au début de 1988. Des recherches sur les besoins de santé des adolescents et sur l'alcoolisme seront organisées prochainement.

La pénurie de personnel et les difficultés financières ont entravé l'exécution satisfaisante des programmes de santé mentale, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Un atelier, destiné à promouvoir l'utilisation des organigrammes et la compréhension des problèmes de santé mentale à leur stade initial, sera organisé en octobre 1987.

Enfin, il est prévu d'ouvrir une unité spécialisée de 14 lits et de 36 places de jour au nouvel Hôpital général Victoria.

2.1.8 Swaziland

Les services psychiatriques au Swaziland continuent de se développer. Pour faire face à la pénurie chronique de personnel, on a formé des cadres infirmiers chargés du diagnostic des affections mentales qui remplissent les rôles de médecin, de conseiller et d'assistante sociale en plus de celui d'infirmier.

La décentralisation des services et la coopération intersectorielle sont vigoureusement poursuivies. Les activités de prévention sous la forme de programmes d'éducation et d'information se sont développées. Elles mettent l'accent sur la promotion de la cohésion familiale, sur le rôle des enseignants pour l'identification des enfants malades, sur l'aide aux adolescents présentant des problèmes et sur la relation entre la maladie mentale et la violence dans les cités.

L'épilepsie, l'abus de l'alcool et du cannabis, la schizophrénie et les maladies maniaco-dépressives sont les principaux problèmes cliniques. Un grand hôpital psychiatrique de 150 à 200 lits sera bientôt achevé ainsi que 3 sous-unités de district de 10 et 20 lits. L'échelle des priorités constitue toutefois un dilemme étant donné la pénurie de personnel et des difficultés financières. L'assistance et les conseils de l'OMS et d'autres institutions seraient bienvenus.

2.1.9 Ouganda

Les services de santé mentale en Ouganda qui, autrefois, étaient les meilleurs de la région, se sont beaucoup dégradés en quinze années d'instabilité politique et économique. Des efforts sont faits actuellement pour les remettre en état. Le Gouvernement de l'Ouganda avec des institutions internationales (la Fédération mondiale pour la Santé mentale, l'OXFAM et la World Muslim League) ont fourni des crédits à cette fin.

Certaines améliorations ont été enregistrées dans le domaine des personnels. La formation d'infirmiers psychiatriques, de psychiatres et d'agents cliniciens psychiatriques s'est poursuivie. On a enregistré une diminution du nombre total de malades traités à Butabika et dans les autres unités psychiatriques, depuis que de nouvelles unités psychiatriques de l'intérieur du pays sont devenues pleinement opérationnelles. Des mesures ont été prises pour assurer le traitement des enfants malades mentaux, l'éducation en santé mentale dans les écoles, des services de santé mentale dans la communauté et des services de conseil. Des plans sont faits pour remettre sur pied l'Association ougandaise de la Santé mentale.

Il est prévu d'élaborer une politique nationale de santé mentale et d'instituer un programme national de santé mentale à l'occasion d'un atelier international qui se tiendra en octobre 1987. Un coordonnateur de l'action nationale de santé mentale et un comité de l'action nationale de santé mentale seront chargés de coordonner cette politique et les programmes correspondants.

Les besoins les plus urgents sont actuellement les suivants :

- 1) approvisionnements de secours en médicaments essentiels, fournitures diverses, articles pour les malades et équipements hospitaliers;
- 2) restauration et rénovation des infrastructures;
- 3) décentralisation des services de santé mentale et intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires;
- 4) recrutement et formation d'effectifs supplémentaires de personnels en santé mentale;
- 5) fourniture de matériels d'enseignement et d'apprentissage, livres et revues compris;
- 6) développement des moyens de transport;
- 7) élaboration de mécanismes et stratégies pour la mise en place, la surveillance et l'évaluation des services de santé mentale;
- 8) une politique et un programme nationaux de santé mentale clairement définis.

2.1.10 République-Unie de Tanzanie

Pendant l'année 1986/87, un travail important a été fourni en matière de développement des services cliniques et de programmes d'enseignement. Toutefois, de nombreux problèmes se posent depuis 1984 en raison du manque de fonds. Des plans ont été mis au point par le Gouvernement et le Ministère de la Santé pour l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. Grâce à l'intérêt du Ministère et d'autres départements intéressés, il a été possible de multiplier les activités et, par exemple, d'étendre les services psychiatriques à sept nouvelles régions.

On espère que les négociations actuellement en cours avec l'Agence danoise pour le Développement international aboutiront et que des crédits seront bientôt disponibles pour la mise en oeuvre de différents projets de santé mentale. Il sera nécessaire d'évaluer ce qui se passe dans les sept régions ainsi que dans les régions non encore couvertes par le programme. De nouveau, une aide de l'OMS sera sollicitée à cette fin.

2.1.11 Zambie

L'année écoulée a été marquée par les efforts fournis par le Gouvernement zambien afin de consolider les résultats obtenus et de prendre des mesures spéciales en faveur des enfants/adolescents et des personnes âgées. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers étudient la psychiatrie au seul hôpital psychiatrique de Lusaka qui dispense une formation de qualité. Lusaka possède également un service solide de santé mentale communautaire.

Trois ateliers sur la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent ont été organisés dans le courant de l'année. Deux jeunes médecins font actuellement des études de psychiatrie à Manchester, au Royaume-Uni. Il est prévu de créer une école de soins infirmiers psychiatriques mais, en même temps, le Gouvernement britannique a proposé de former quelques infirmiers

psychiatriques pour la Zambie. Il a été proposé de donner une plus large place à la psychiatrie dans la formation des agents de santé et un programme de formation d'assistants d'ergothérapie débutera bientôt.

Un important problème de logistique se pose. La pénurie de personnel n'est pas grave mais mérite néanmoins d'être citée. Il faudrait mettre en place un système de collecte de l'information et encourager les consultants internationaux à multiplier leurs visites. Des crédits sont nécessaires pour le développement de l'infrastructure et des moyens de transport.

2.1.12 Zimbabwe

Les résultats suivants ont été obtenus dans le courant de l'année écoulée :

- 1) plusieurs causeries et conférences sur la prévention en santé mentale ont été organisées;
- 2) la décentralisation des services de santé mentale a été menée à bien dans trois des huit provinces et le sera dans trois autres d'ici avril 1988;
- 3) chaque district peut maintenant compter sur un agent de santé mentale;
- 4) le nombre des malades mentaux en traitement a augmenté. Cela tient à ce que davantage de malades sont maintenant prêts à demander de l'aide et à l'augmentation des effectifs des agents de santé mentale.

Un plan d'action en santé mentale a été élaboré à l'issue de l'atelier intersectoriel de santé mentale tenu à Harare du 10 au 13 septembre 1984. Beaucoup des recommandations formulées ont été appliquées et des efforts sont faits pour la mise en oeuvre d'autres recommandations. Toutefois, le réexamen de la Loi relative à la santé mentale, qui a également été recommandé, ne pourra être fait sans l'aide d'experts, et l'on espère une participation de l'OMS à cette fin. La formation d'infirmières psychiatriques et de médecins psychiatres marque des progrès. Enfin, un responsable des études sur l'abus d'alcool a récemment été nommé à l'échelon ministériel.

Les problèmes immédiats sont les suivants :

- 1) les effectifs d'élèves se préparant à devenir psychologues spécialisés en psychiatrie clinique, travailleurs sociaux et assistants de réinsertion sont réduits, voire nuls;
- 2) la récente restructuration opérée au sein du Ministère de la Santé s'est soldée par la suppression de postes d'agents de psychiatrie à la direction des soins infirmiers et le département des services psychiatriques n'existe plus au Ministère de la Santé;
- 3) le poste de secrétaire adjoint (psychiatrie) est vacant depuis déjà quelque temps et rien ne permet de penser qu'il sera pourvu dans un avenir immédiat.

On ne peut qu'espérer que ces modifications favoriseront l'intégration des services psychiatriques aux services de santé généraux.

Les deux principales institutions de psychiatrie ont été améliorées. Par ailleurs, un projet pour le recensement et le traitement des sujets qui font une consommation excessive d'alcool, exécuté avec l'aide de l'OMS, progresse de façon satisfaisante. Il est prévu de former trois infirmières administratrices/éducatrices et d'organiser huit séminaires provinciaux l'année prochaine. Enfin, il faudrait recruter davantage de psychiatres et étendre les services de psychiatrie à l'ensemble des districts par la création d'antennes périphériques, d'unités de district et d'unités de province.

2.2 Rapport sur les activités interpays

En 1986/87, le Dr R. M. Johnson, du Togo, a travaillé au Bureau régional de l'Afrique en qualité de consultant responsable des activités de santé mentale. Le Bureau régional a organisé à Brazzaville, du 9 au 11 juillet 1986, une table ronde sur la santé mentale dans la Région. Le rapport de cette réunion, intitulé "Rapport sur les problèmes de santé mentale dans la Région africaine", peut être obtenu au Bureau régional de l'Afrique.

Une réunion organisée à Nairobi le 15 août 1987, avec la participation de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Association africaine de Psychiatrie et du Ministère de la Santé du Kenya, sera l'occasion d'évoquer l'échange de stagiaires et d'informations et d'autres questions relatives à la recherche et à la formation en psychiatrie en Afrique. Dans le courant des 12 mois écoulés, le Dr J. Orley, de la Division de la Santé mentale au Siège, s'est rendu en Ouganda et en Tanzanie où il s'est entretenu, avec des responsables du Ministère de la Santé, des soins de santé primaires, de l'organisation de cours de formation, du placement des stagiaires à l'étranger et de la production de matériels d'apprentissage. M. M. Grant, également de la Division de la Santé mentale, s'est pour sa part rendu en Tanzanie, au Botswana, au Swaziland et au Kenya pour s'y entretenir de différents aspects de l'alcoolisme et des toxicomanies et le Professeur G. A. German, consultant de l'OMS, a visité le Botswana, le Kenya et le Swaziland pour y donner des conseils sur la formation des agents de santé mentale. Au Swaziland, le Professeur German a participé à un séminaire sur la santé mentale et a dressé un bilan de l'état actuel de développement des services de santé mentale du pays.

Toujours dans le courant de l'année, M. V. B. Wankiri, enseignant en soins infirmiers de l'OMS, s'est rendu au Swaziland en février 1987 où il a fait passer des examens en soins infirmiers; le Dr F. Workneh, consultant de l'OMS, est allé en Angola et en Zambie pour participer à la conduite d'ateliers sur la formation en santé mentale à l'intention d'agents de santé de la SWAPO. Enfin, un cours OMS pour la formation de promoteurs de l'action de santé mentale devrait avoir lieu en Tanzanie en août 1987.

Le Secrétariat a préparé un répertoire des cours de formation en santé mentale en Afrique, mais cette liste est loin d'être exhaustive puisque huit pays seulement ont répondu au questionnaire. Quatre étudiants africains (d'Ethiopie, du Nigéria, de Tanzanie et de Zambie) suivent actuellement un cours de psychiatrie au Royaume-Uni (Manchester). Quatre autres devraient commencer leurs études en août 1987. Des démarches ont été entreprises auprès d'autres centres au Royaume-Uni et en Australie en vue de lancer des projets similaires.

Une proposition visant à financer des activités dans les pays du Groupe a été soumise à nouveau au Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (AGFUND).

Quatre mesures susceptibles de renforcer la collaboration interpays, les communications entre les pays et l'OMS ainsi que la capacité des pays à développer leurs activités et leurs services de santé mentale ont été soumises à l'examen du Groupe :

- 1) désignation dans chaque pays d'un responsable chargé d'assurer la liaison avec l'OMS et d'autres pays à l'intérieur ou à l'extérieur du Groupe;
- 2) organisation de réunions du Groupe africain d'action en santé mentale dans les pays membres, à tour de rôle;
- 3) visites régulières, dans les pays membres, de collaborateurs des bureaux sous-régionaux, du Bureau régional et du Siège;
- 4) création de centres collaborateurs dans un ou deux pays du Groupe, l'un dans un pays anglophone et l'autre dans un pays francophone.

3. DISCUSSION

3.1 Effets des troubles civils et de l'instabilité politique

L'attention des participants et des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que des pays et organismes donateurs a été appelée sur la situation particulière qui règne en Ouganda. Les services de psychiatrie de ce pays étaient relativement bien développés avant que les troubles civils ne conduisent à la destruction des services sanitaires et sociaux. Il a été souligné que d'autres pays de la région, comme le Mozambique et, de fait, tous les pays de première ligne, étaient dans une situation semblable quoique parfois moins sérieuse, et la communauté internationale a été invitée à fournir une assistance spéciale pour la restructuration des programmes de santé mentale dans tous ces pays.

Les besoins à satisfaire d'urgence ont été définis comme suit :

- 1) former des personnels dans toutes les disciplines intéressant la santé mentale;
- 2) restaurer les infrastructures saccagées ou détruites pendant la guerre et les troubles civils;
- 3) venir en aide aux orphelins, aux veuves, aux handicapés et aux autres victimes des guerres et des violences;
- 4) assurer l'éducation de la population dans le domaine de la santé mentale;
- 5) combattre la délinquance juvénile et l'augmentation de l'alcoolisme et des toxicomanies résultant directement ou indirectement des troubles civils et de l'instabilité politique.

3.2 Education en santé mentale, formation en santé mentale et développement des personnels

Il a été observé que la plupart des sociétés africaines continuent de considérer les malades mentaux comme des intouchables qu'il convient de confier au guérisseur, mieux à même que le psychiatre de chasser les mauvais esprits. Il a été convenu qu'il était urgent d'organiser des programmes d'éducation du public. D'autre part, on a souligné l'importance que revêtent les ateliers, les séminaires et cours de recyclage organisés à l'intention des agents de santé mentale. Enfin, on a fait remarquer que les contraintes économiques actuelles empêcheraient les pays pauvres d'entreprendre suffisamment d'activités de ce type à moins que l'OMS et d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ne fournissent une assistance financière.

La plupart des pays du groupe manquent d'agents de santé mentale, en particulier de psychiatres, de spécialistes de psychologie clinique et de travailleurs sociaux. De même, les effectifs d'infirmières psychiatriques qualifiées sont généralement bien inférieurs aux besoins. Il a été suggéré de solliciter une aide extérieure pour la formation de psychiatres, de psychologues cliniciens, de travailleurs sociaux spécialisés en psychiatrie, d'infirmières monitrices, d'infirmières administratrices et d'infirmières psychiatriques. La nécessité de faire une plus large place à la santé mentale dans les programmes des étudiants en médecine, des élèves infirmières et des autres professionnels de la santé a été soulignée. Dans beaucoup des pays du groupe, on manque de manuels sur la santé mentale à l'intention des étudiants et de leurs professeurs. Il a également été suggéré d'explorer les utilisations des auxiliaires audiovisuels à des fins pédagogiques afin de préparer du matériel susceptible d'être utilisé dans un grand nombre d'établissements d'enseignement des pays du groupe.

3.3 Intégration de la psychiatrie dans les services de santé généraux, recherche et santé mentale pour tous d'ici l'an 2000

Il a été convenu que, pour atteindre l'objectif de la santé mentale pour tous d'ici l'an 2000, il serait nécessaire d'éliminer tous les préjugés et tabous qui existent dans ce domaine. Un indicateur important sera la volonté, de la part de tous les intéressés, d'intégrer la psychiatrie dans les services de santé généraux. Pour que cette intégration soit durable, la formation et la recherche en santé mentale ne devront pas être négligées au profit d'autres spécialités. Pour le développement des services, des données de base devraient être mises à la disposition des responsables de la planification des services et des agents de santé à tous les niveaux, afin de les aider à suivre leur propre travail. Il faudrait aussi entreprendre des recherches épidémiologiques et autres. En outre, l'efficacité thérapeutique des méthodes de traitement doit être contrôlée et il faut décrire l'évolution et le pronostic de la maladie. L'importance de la recherche a été soulignée; celle-ci ne devrait pas être négligée en dépit de contraintes financières.

3.4 Intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine classique

Etant donné la pénurie de personnel de santé mentale dans tous les pays membres du groupe africain d'action en santé mentale, il a été suggéré d'étudier la possibilité d'utiliser les compétences des guérisseurs traditionnels pour le traitement des maladies mentales. En effet,

ceux-ci sont nombreux et sans doute moins chers à consulter. Toutefois, des recherches importantes s'imposent à ce sujet. Certaines méthodes traditionnelles sont relativement brutales et les doses de médicaments sont généralement mal mesurées. Sans doute faudrait-il à ce stade insister sur la "redécouverte de la médecine traditionnelle africaine" et encourager les guérisseurs à adopter des méthodes d'efficacité éprouvée. Il a été décidé de poursuivre l'étude de la question.

3.5 Abus de l'alcool et des drogues

Ce problème a été défini comme une menace grandissante dans toute la région. Le problème de l'alcoolisme chez les parents et des toxicomanies chez les jeunes exige que l'on s'y intéresse d'urgence et que l'on prenne des dispositions en faveur des familles des personnes ayant des problèmes d'alcool. Il s'agit là d'un problème international qui n'est donc en aucun cas limité à la Région africaine. Cela étant, les pays de cette région sont vraisemblablement les moins équipés pour faire face à cette menace sans aide extérieure. Les efforts devraient être axés sur la prévention, le traitement et la réadaptation. L'OMS préconise une approche intersectorielle et interrégionale pour contenir l'augmentation de la consommation d'alcool et de l'abus des drogues.

3.6 SIDA

Plusieurs pays ont signalé qu'il serait urgent d'entreprendre des recherches sur les aspects psychosociaux du SIDA. A plusieurs égards, les problèmes posés par cette maladie concernent directement le programme de santé mentale, qu'il s'agisse du traitement des sujets atteints de troubles neurologiques, des conseils à donner aux malades graves, de la collaboration aux projets conçus pour modifier les comportements (sexuels), etc. Il a été convenu que le groupe ferait part à l'Assemblée de la Santé de ses vues sur la question et demanderait au Secrétariat de faire le nécessaire pour l'élaboration de programmes exécutés en collaboration avec les pays.

3.7 Réunions de suivi, plan d'action et groupes de travail

Il a été suggéré que le groupe se réunisse dans les pays membres. De même, entre les réunions du groupe, il pourrait être utile de convoquer des groupes de travail au sein desquels des techniciens feraient le point des progrès accomplis et formuleraient des recommandations précises à l'intention du Groupe. Ces groupes de travail étudieraient les problèmes recensés par le Groupe dans son ensemble. Le Dr Monekosso a indiqué que le Bureau régional de l'Afrique envisageait de créer un groupe de travail régional sur la santé mentale et un groupe analogue pour chacune de ses sous-régions. Le groupe régional aura un président et un secrétaire qui sera le conseiller régional en matière de santé mentale.

Le Dr Monekosso a approuvé l'idée de constituer un ou plusieurs groupes de travail pour le groupe africain d'action en santé mentale. Il a souligné qu'il serait nécessaire d'intensifier les recherches dans la Région, en particulier sur des questions socio-médicales et épidémiologiques. Enfin, il a demandé aux responsables nationaux des politiques de santé d'étudier différentes solutions, par exemple la possibilité de recourir aux compétences des guérisseurs traditionnels.

3.8 Liste de médicaments essentiels

A l'OMS, la Division des Préparations pharmaceutiques est chargée de tenir à jour la liste des médicaments essentiels établie par l'OMS. La Division de la Santé mentale participe à ce travail pour les médicaments psychoactifs tout en ayant ses propres activités dans ce domaine. Elle a notamment préparé un document sur la question qui sera diffusé dès sa publication.

3.9 Cours pour promoteurs de la santé mentale

L'importance de ce genre de formation dans toutes les disciplines, psychiatrie y compris, a été soulignée. Le sens clinique ne saurait remplacer l'aptitude à entraîner. Un cours de l'OMS sur la promotion en santé mentale devrait avoir lieu en Tanzanie du 3 au 14 août 1987. Ce

cours, financé par l'Agence danoise pour le Développement international, réunira des administrateurs régionaux, des coordonnateurs des soins de santé primaires et des spécialistes de la santé mentale venus de plusieurs pays du Groupe (Kenya, Malawi, Ouganda, Tanzanie et Zambie) ainsi que des observateurs du Rwanda et de l'ANC. Il se déroulera au Centre de développement de l'éducation et d'administration sanitaire d'Arusha avec pour but de donner aux participants les compétences voulues pour élaborer et gérer des programmes de santé mentale à petite échelle intégrés au système général de santé et au programme général de développement. Les préparatifs des douze derniers mois ont notamment porté sur l'organisation d'une réunion préparatoire à Arusha pour l'élaboration d'un programme d'étude et d'un module de formation.

3.10 Hôpital d'Aro

Un accord officiel entre l'Organisation mondiale de la Santé et le Gouvernement nigérian sur la désignation de l'Hôpital de Neuropsychiatrie d'Aro, Abeokuta, Nigéria, a été signé au cours de la réunion. Le Dr G. L. Monekosso, Directeur régional pour l'Afrique, a signé au nom de l'Organisation mondiale de la Santé tandis que le Professeur O. Ransome-Kuti, Ministre fédéral de la Santé du Nigéria, signait pour le Ministère nigérian de la Santé.

Le Dr Monekosso a émis le vœu que l'Hôpital se montre à la hauteur de la confiance que l'OMS lui a ainsi témoignée, ainsi qu'à toute l'Afrique. Il lui a demandé d'animer et de diriger l'effort fourni dans la Région pour élaborer des programmes de santé mentale, former des personnels et conduire des recherches appropriées. Il a enfin souhaité voir d'autres centres, au moins un dans un pays d'Afrique francophone et un autre en Afrique anglophone, désignés comme centres collaborateurs de l'OMS.

Le Professeur Ransome-Kuti a remercié l'OMS, par l'intermédiaire du Directeur régional, du grand honneur fait à l'Hôpital d'Aro, au Nigéria et à l'Afrique par sa désignation en qualité de centre collaborateur OMS de recherche et de formation en santé mentale. Il s'est excusé pour le retard apporté à la signature de l'accord en raison d'un changement de Gouvernement et d'un remaniement ministériel. Il a promis que son ministère donnerait à l'Hôpital d'Aro tous les encouragements nécessaires pour en faire un digne centre collaborateur de l'OMS.

3.11 Bulletin

De nombreux délégués ont entériné l'appel renouvelé en faveur du lancement d'un bulletin du Groupe africain d'action en santé mentale.

3.12 Barrières entre pays anglophones et pays francophones

Il a été indiqué qu'il serait nécessaire d'éliminer les barrières entre pays anglophones et pays francophones de la Région. A cette fin, on pourrait organiser des programmes communs et le Directeur régional pour l'Afrique s'est engagé à encourager de telles activités.

3.13 Mode de présentation des rapports de pays

Il a été convenu à l'unanimité que le nouveau mode de présentation des rapports de pays, désormais groupés en un seul résumé, était de loin supérieur à la présentation antérieure selon laquelle chaque pays soumettait son propre rapport. Cette méthode permet de gagner du temps pour l'examen de problèmes importants.

Le Secrétariat a été invité à préparer un plan afin que les rapports soient désormais présentés de façon uniforme. Il a cependant été souligné que ce nouveau mode de présentation exigeait que les rapports soient envoyés suffisamment tôt pour la préparation du résumé.

3.14 Rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé

Il a été proposé que, dorénavant, le président du groupe évoque, devant la Commission compétente de l'Assemblée au cours de la discussion sur la santé mentale, les activités du Groupe africain d'action, ses programmes, ses réalisations, ses projets et ses problèmes. La contribution de l'actuel président à la discussion qui a eu lieu lors de l'Assemblée de 1987 figure en annexe II.

4. CONCLUSION

Tous les pays et mouvements de libération membres du Groupe s'étaient fait représenter à la réunion à l'exception du Burundi et de l'Organisation des Peuples du sud-ouest africain (SWAPO). Des rapports avaient été soumis par les pays membres ainsi que par le Malawi qui n'est pas encore membre. Quatre pays africains non membres du Groupe et le Pan-Africanist Congress of Azania avaient envoyé des représentants ainsi que plusieurs centres collaborateurs de l'OMS situés aux Etats-Unis d'Amérique, en France et en Belgique et d'autres organisations.

La réunion, qui marquait le dixième anniversaire du Groupe africain d'action en santé mentale, a été pour ses membres l'occasion de faire la preuve de leur détermination et de leur engagement en faveur de la santé mentale. La plupart des activités mises en oeuvre depuis la création du Groupe il y a dix ans n'ont pas encore été totalement menées à bien, mais des progrès considérables ont été faits dans tous les domaines. Parmi ces activités, on citera la décentralisation des services de psychiatrie, la mise en oeuvre d'approches intersectorielles de l'action en santé mentale, l'amélioration des personnels de santé mentale, des progrès non négligeables dans les secteurs des prestations cliniques, de la recherche et de la formation et l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires. Un soutien financier extérieur important continue d'être nécessaire. Le Groupe est reconnaissant à toutes les organisations (gouvernementales et non gouvernementales) et aux nombreux gouvernements qui ont généreusement appuyé ses programmes au cours des dix dernières années. Toutefois, il sollicite un soutien supplémentaire : dans tous les pays membres, les effectifs de personnels disponibles restent insuffisants dans toutes les disciplines. Les problèmes économiques mondiaux touchent très durement les pays pauvres que sont les membres du Groupe. L'absence de données épidémiologiques et de données de recherche fait que la planification des services de santé mentale est difficile, voire impossible. Enfin, les menaces mondiales que sont par exemple le SIDA et l'augmentation des problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues sont autant de préoccupations supplémentaires. Une aide et une coopération extérieures continueront d'être nécessaires dans tous ces domaines.

Le Groupe africain d'action en santé mentale s'est félicité de ce que le Directeur régional pour l'Afrique se soit engagé à nommer un conseiller régional pour la santé mentale et à lancer une importante initiative en santé mentale pour la Région africaine. Il a félicité les responsables de l'Hôpital neuropsychiatrique d'Aro, Abeokuta, Nigéria, d'avoir été officiellement désigné comme centre collaborateur OMS de recherche et de formation en santé mentale. Il a émis le voeu que d'autres centres de la région soient également désignés centres collaborateurs.

La décision de modifier le mode de présentation des rapports de pays et de demander au président du Groupe de s'adresser à l'Assemblée mondiale de la Santé au nom de celui-ci sont également révélatrices d'une plus grande maturité.

L'annexe III présente sous forme de tableaux certains éléments des plans d'action présentés par les délégués et des estimations des besoins de leurs pays. On espère pouvoir ainsi, d'ici les prochains douze mois, contrôler les résultats obtenus par rapport aux programmes et aux contraintes prévus. Le Secrétariat a accepté de préparer un plan pour les rapports de pays ainsi que d'élaborer un programme polyvalent d'activités interpays pour l'exécution des plans nationaux. L'une des principales forces du Groupe réside dans la coopération technique entre pays membres. Celle-ci devrait être renforcée et s'exercer au-delà des barrières linguistiques.

LISTE DES PARTICIPANTS

Représentants des pays et mouvements de libération membres du Groupe

Congrès national africain (ANC)

Dr P. Naicker

Secretary for Health, ANC Department of Health, Lusaka, Zambia

Botswana

Mrs K. M. Makhwade

Assistant Director of Health Services, Ministry of Health

Burundi *

Kenya

Mrs T. Oduori

Nursing Officer, Ministry of Health

Lesotho

Dr A. P. Maruping

Director of Health Services, Ministry of Health

Dr N. C. Moji

Medical Superintendent and Deputy Director of Health Services

Miss L. Mahlatsi

Senior Planning Officer, Ministry of Health

Rwanda

Dr C. Bizimungu

Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr N. Mbakuliyemo

Directeur de la région sanitaire de Butare, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Dr J.-B. Rwasine

Directeur général de l'Office pharmaceutique, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Seychelles

Dr C. Shamlaye

Secrétaire d'Etat (Services sanitaires et sociaux), Ministère de la Santé et des Services sociaux

* N'a pu assister à la réunion.

South-West African People's Organization - Organisation des Peuples du sud-ouest africain (SWAPO)*Swaziland

Ms M. P. Makhubu
Chief Nursing Officer,
Ministry of Health

Ouganda

Dr Ruhakana-Rugunda
Minister of Health

Dr G. Nakasi
Head, Department of Psychiatry,
Makerere University Medical School

République-Unie de Tanzanie

Dr J. Temba
Assistant Chief Medical Officer (Preventive),
Ministry of Health

Zambie

Mrs H. K. Matanda
Chief Nursing Officer

Zimbabwe

Mrs J. Kadandara
Director of Nursing Services,
Ministry of Health (Chairperson)

Représentants d'autres pays ou mouvements de libérationAngola

Dr A. Pitra
Directeur général d'Angomedica

Mme T. L. Pereira de Carvalho
Chef du Département d'Etudes et de Projets,
Cabinet du Ministre de la Santé

Belgique

M. D. Van Daele
Secrétaire général du Ministère de la
Santé publique et de l'Environnement

Dr J. Mahaut
Médecin-Chef,
Administration générale de la Coopération
au Développement

Finlande

Dr J. Eskola
Directeur par intérim du Département de la
Planification,
Office national de la Santé

Malawi

Miss L. Kadzamira*
Chief, Nursing Officer,
Ministry of Health

* N'a pu assister à la réunion.

Mali

Dr J.-A. B. Briere de Lisle

Directeur national de la Santé publique,
Ministère de la Santé publique et des
Affaires sociales

Mozambique

Dr C. Mandhlate

Hôpital de Cery, Lausanne

Dr D. Tuto

Médecin assistant Pharmacologie

Pays-Bas

Dr J. A. C. De Kock Van Leeuwen

Conseiller du Directeur général de la Santé,
Ministère de la Protection sociale, de la
Santé et des Affaires culturelles

Pan Africanist Congress of Azania

Mr R. Johnson

Representative of the Pan Africanist
Congress of Azania to Guinea

Zaïre

Dr Massamba Matondo

Conseiller médical au Département de la
Santé publique et des Affaires sociales

Représentants d'autres organisations et de centres collaborateurs

Professor S. Day

Director, WHO Collaborating Centre,
International Centre for Health Science,
Meharry Medical College,
Nashville, USA

Dr J. Fog

Conseiller médical,
Agence danoise pour le Développement
international,
Ministère des Affaires étrangères

Professor B. A. Husaini

Director, Centre for Health Research,
Tennessee State University,
Nashville, USA

Dr R. Sadoun

Directeur, Centre collaborateur OMS de
recherche et de formation en santé
mentale, INSERM, Paris, France

Dr A. M. Yonke

Director, Office of International Programmes,
University of Illinois at Chicago,
Chicago, USA

Observateurs

Dr (Mrs) L. Gage

Professor of Primary Health Care,
University of Michigan, Ann Arbor, USA

Dr K. Hoffmann

Psychiatre, Herdwangen-Schönach,
République fédérale d'Allemagne

Ms N. J. Maraire

Stagiaire, Division du Développement des
Personnels de Santé

Secrétariat de l'OMS

Professeur F. Baro	Professeur de psychiatrie, Faculté de Médecine, Université catholique de Louvain, Belgique (<u>Conseiller temporaire</u>)
M. M. Grant	Expert scientifique principal, Division de la Santé mentale
M. W. Gulbinat	Expert scientifique principal, Division de la Santé mentale
Dr H. M. Kahssay	Expert scientifique, Division du Renforcement des Services de Santé
Dr I. Khan	Médecin principal, Division de la Santé mentale
Dr M. H. Khayat	Directeur, protection et promotion de la santé, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
Dr T. A. Lambo	Directeur général adjoint
Dr M. J. Lopez	Stagiaire, Division de la Santé mentale
Dr LU Rushan	Sous-Directeur général
Dr J. D. A. Makanjuola	Department of Psychiatry, College of Medical Sciences, University of Maiduguri, Nigéria (<u>Conseiller temporaire</u>) (<u>Rapporteur</u>)
Mme J. Mamboury	Assistante d'administration, Division de la Santé mentale
Dr G. L. Monekosso	Directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo
Dr J. Orley	Médecin principal, Division de la Santé mentale (<u>Rapporteur</u>)
Dr R. DeV. Peters	Consultant, Division de la Santé mentale
Dr L. Prilipko	Médecin principal, Division de la Santé mentale
Dr N. Sartorius	Directeur, Division de la Santé mentale
Dr H. A. Warren	Executive Director, Community Mental Health Centre, Meharry Medical College, Nashville, Etats- Unis d'Amérique (<u>Conseiller temporaire</u>)

INTERVENTION DE Mme J. KADANDARA, PRESIDENTE DU GROUPE
POUR 1987-1988, LORS DE LA DISCUSSION SUR LA SANTE MENTALE A
LA QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Monsieur le Président,

Les délégations des pays membres du Groupe africain d'action en santé mentale m'ont demandé de vous exposer les points saillants de la dernière réunion du Groupe.

Comme le savent peut-être certains des délégués, ce Groupe a été constitué à la Trentième Assemblée mondiale de la Santé car plusieurs pays africains avaient le sentiment qu'une action commune était indispensable pour - ainsi que le précise la résolution WHA30.45 - éviter que le potentiel social et productif d'individus et de communautés ne subisse des dommages irréversibles. Le Groupe ne comptait au départ que cinq membres; il en compte aujourd'hui 13 dont le Congrès national africain (ANC), le Botswana, le Burundi, le Kenya, le Lesotho, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, les Seychelles, la SWAPO, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. Le Groupe a tenu sa dixième réunion annuelle le 8 mai 1987. Outre ses membres, des délégués de plusieurs autres pays africains y ont assisté en qualité d'observateurs, ainsi que des représentants des pays qui en soutiennent les programmes au titre d'accords bilatéraux. Au cours de la réunion, le Groupe a fait le point des progrès des dix dernières années et examiné des plans pour l'avenir.

Les délégations des pays africains ont été unanimes à voir un impact positif dans l'action du Groupe au niveau national et ont souligné l'utilité d'une collaboration. Il leur a paru nécessaire que le Groupe poursuive son action et elles ont recommandé que les pays voisins partageant les mêmes problèmes et possibilités et capables de tirer profit de la coopération technique envisagent de constituer des groupes analogues dans d'autres parties de l'Afrique et ailleurs.

Depuis que le Groupe a été créé, tous ses pays membres ont élaboré des programmes nationaux de santé mentale. Ces derniers sont examinés et mis en oeuvre grâce à l'action de groupes nationaux de coordination en santé mentale faisant intervenir différents secteurs sociaux. Les programmes sont parfaitement fidèles aux principes énoncés par l'Organisation mondiale de la Santé : ils sont multisectoriels, reposent sur les soins de santé primaires, ont un vaste champ d'application et concernent non seulement le traitement des malades mais aussi toute une gamme d'activités de promotion et de prévention.

Au fil des ans, le Groupe s'est employé à recenser les problèmes pouvant être examinés et résolus par une action concertée. Cette année encore, il a étudié des questions susceptibles de faire l'objet d'une coopération interpays. Trois lui ont paru devoir faire l'objet d'une action immédiate :

- les aspects psychosociaux et neuropsychiatriques du SIDA;
- les aspects psychosociaux des soins aux orphelins, dont le nombre croît rapidement dans de nombreux pays africains et dont la santé mentale est souvent perturbée;
- les problèmes posés par l'abus de l'alcool et des drogues;

Il a été proposé et convenu de constituer des groupes de travail techniques qui secondent le Groupe d'action entre ses réunions.

Le Groupe a pris acte avec satisfaction du soutien que lui apportent plusieurs pays industrialisés et souhaité continuer à bénéficier de cette aide essentielle pour la poursuite de ses programmes.

Le Groupe a enfin pris acte avec satisfaction des efforts fournis par l'OMS et en particulier son Directeur général adjoint, le Dr T. A. Lambo, ainsi que par le Bureau régional de l'Afrique et son Directeur en faveur de la poursuite des programmes de santé mentale mis en oeuvre dans les pays qui participent à son action.

RESUME DES PLANS D'ACTIVITES DES PAYS POUR 1987-1988 - CONTRAINTES ET DEMANDES PARTICULIERES
(sur la base d'entretiens avec les délégations)

Pays/ mouvements de libération	Plans d'activités pour 1987-1988	Contraintes et demandes
1. ANC	<p>1. Développement des activités de réadaptation à l'intérieur des zones de peuplement.</p> <p>2. Renforcement des services de santé mentale à l'intérieur des zones de peuplement.</p> <p>3. Atelier sur la santé mentale pour les agents de santé de première ligne et les animateurs communautaires à l'intérieur des zones de peuplement.</p> <p>4. Formation d'un psychiatre, de quelques infirmiers psychiatriques et de travailleurs sociaux/communautaires.</p>	<p>Une aide de l'OMS est nécessaire pour l'organisation et la conduite de l'atelier.</p> <p>L'appui de l'OMS, des Etats de la ligne de front, de l'Hôpital d'Aro et du Gouvernement nigérian est nécessaire pour la formation du personnel psychiatrique.</p>
2. BOTSWANA	<p>1. Formation d'un effectif accru de personnel de santé mentale - psychiatres, psychiatres cliniciens, travailleurs sociaux et infirmiers psychiatriques.</p> <p>2. Ateliers sur :</p> <p>i) la santé mentale infantile et le dépistage/intervention précoce (le besoin s'en faisait sentir depuis longtemps);</p> <p>ii) l'utilisation de diagrammes, la méthodologie de la recherche (pour les agents de santé mentale), l'intégration de la santé mentale dans les services généraux de santé et l'approche plurisectorielle.</p> <p>3. Achèvement du projet de recherche sur l'épilepsie et recensement d'autres programmes de recherche utiles, par exemple dans les domaines de l'épidémiologie ainsi que de l'alcoolisme et de l'abus des drogues.</p> <p>4. Examen de la législation de la santé mentale.</p>	<p>i) Il est urgent d'obtenir des bourses d'études, et notamment la possibilité de participer au programme de Manchester.</p> <p>ii) Une aide est requise pour permettre à M. D. Poonyane, moniteur en soins infirmiers psychiatriques, d'aller à l'étranger recevoir une formation complémentaire.</p> <p>iii) Recrutement d'un moniteur en soins infirmiers psychiatriques pour remplacer M. Poonyane. (Medicus Mundi des Pays-Bas pourrait fournir une aide si une demande officielle lui était adressée par le Gouvernement du Botswana à la suite des contacts officiels qui ont eu lieu au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé, en 1987. Il existe aussi des fonds OMS qui doivent être engagés en 1987.)</p> <p>Il existe des fonds locaux destinés à un atelier qui sont engagés pour 1987, mais un financement extérieur est nécessaire pour le recrutement d'un consultant.</p> <p>Il est nécessaire de recruter le Professeur German ou un autre consultant OMS ayant des connaissances et activités semblables pour aider à assurer cette formation ainsi qu'à planifier et à organiser divers ateliers. Il serait utile que ce consultant puisse aussi prendre la parole devant le Parlement du Botswana sur la question de la santé mentale.</p> <p>Inclusion du Botswana dans les programmes de recherche de l'OMS.</p> <p>L'OMS doit fournir une orientation et des services consultatifs.</p>
3. KENYA	<p>1. Poursuivre le processus de décentralisation des services de santé mentale et leur intégration dans les services généraux de santé.</p> <p>2. Achever la restauration de l'Hôpital Mathari et en faire un complexe national de traitement et d'enseignement.</p> <p>3. Examen de la législation de la santé mentale au Kenya.</p> <p>4. Ateliers :</p> <p>a) sur la santé mentale pour les maîtres d'école;</p> <p>b) sur la santé mentale pour le personnel des services généraux de santé (en cours d'emploi);</p> <p>c) sur la mise au point de modules de santé mentale.</p>	<p>Des fonds extrabudgétaires sont nécessaires.</p> <p>L'aide d'un consultant OMS doit être obtenue d'urgence.</p> <p>On pourra utiliser des fonds du budget national de la santé mentale pour 1987 afin d'organiser divers ateliers, mais la participation d'un ou plusieurs consultants OMS est instamment sollicitée.</p>

Pays/ mouvements de libération	Plans d'activités pour 1987-1988	Contraintes et demandes
4. LESOTHO	<p>1. Poursuivre la décentralisation des services de santé mentale, leur intégration dans les services généraux de santé et la mise en place des services nécessaires pour la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins de postcure, la recherche et la formation.</p> <p>2. Introduire un cours de 18 mois sanctionné par un diplôme pour les infirmiers psychiatriques.</p> <p>3. Tenir au moins deux ateliers pluridisciplinaires et intersectoriels pour faire ressortir la nécessité d'une intégration des services de santé.</p> <p>4. Evaluer les actuels services psychiatriques basés sur la communauté.</p> <p>5. Etendre de Maseru aux autres districts le programme scolaire d'éducation en santé mentale, notamment pour réduire la demande d'alcool et de drogues.</p>	<p>Le maintien en place du moniteur OMS en soins infirmiers psychiatriques pour aider à la mise au point du cours de 18 mois serait vivement apprécié.</p> <p>Des consultants de l'OMS sont nécessaires pour aider à organiser et à diriger les ateliers.</p> <p>Consultants OMS nécessaires.</p>
5. MALAWI	<p>1. Mise en place d'un établissement de soins de santé primaires basé sur la communauté pour faciliter le diagnostic précoce des affections psychiatriques ainsi que le suivi des malades.</p> <p>2. Intensification de l'éducation en santé mentale à l'intention du grand public.</p> <p>3. Intensification des activités intersectorielles.</p> <p>4. Incorporation de la santé mentale dans les programmes de formation générale en sciences de la santé.</p>	<p>Une aide est nécessaire d'urgence pour lutter contre la pénurie de personnel ; des bourses d'études pour la formation de psychiatres, d'infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux et de psychologues cliniciens seraient des plus appréciées. Le Malawi est en outre très désireux de participer au programme de Manchester.</p> <p>Le Malawi aimerait pouvoir placer des cliniciens en Zambie et en Tanzanie pour une formation psychiatrique dans le cas où d'autres cours auraient lieu dans ces pays.</p> <p>Il est nécessaire de recruter immédiatement un psychiatre.</p> <p>Il est urgent de tenir un atelier national intersectoriel sur la santé mentale et une aide de l'OMS pour planifier, diriger et financer cet atelier serait extrêmement appréciée.</p>
6. RWANDA	<p>1. On va poursuivre les efforts entrepris pour décentraliser les services de santé mentale, incorporer des questions de santé mentale dans les programmes d'étude des facultés de médecine et des écoles d'infirmières et organiser des cours d'entretien en psychiatrie pour les agents de santé travaillant sur le terrain.</p> <p>2. La capacité d'hébergement du centre psychiatrique Ndera sera développée pour qu'il puisse recevoir des stagiaires du Zaïre et du Burundi.</p> <p>3. Le Gouvernement sera vivement incité à consacrer davantage de crédits à la santé mentale.</p>	<p>Une aide est nécessaire d'urgence pour former des agents de santé mentale, des psychiatres, des moniteurs en soins infirmiers psychiatriques, des psychologues cliniciens et des travailleurs sociaux.</p> <p>Des dons de médicaments, etc., émanant du FISE et d'autres organisations seraient extrêmement appréciés.</p>

LES DEMANDES FORMULEES POUR OBTENIR UNE AIDE DE L'OMS DOIVENT ETRE ADRESSEES AU BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE A BRAZZAVILLE PAR LES VOIES APPROPRIEES (REPRESENTANT OMS DANS LE PAYS) AVEC COPIE A LA DIVISION DE LA SANTE MENTALE DU SIEGE A GENEVE.

Pays/ mouvements de libération	Plans d'activités pour 1987-1988	Contraintes et demandes
7. SEYCHELLES	<p>1. Formulation des politiques et programmes nationaux de santé mentale.</p> <p>2. Elaboration de programmes de santé mentale basés sur la communauté.</p> <p>3. Développement des personnels :</p> <p>i) formation d'un moniteur en soins infirmiers psychiatriques;</p> <p>ii) formation d'un infirmier psychiatrique communautaire; (un infirmier psychiatrique a déjà été choisi pour une formation en psychiatrie communautaire et en pédagogie qui sera financée par des fonds locaux).</p> <p>iii) détachement outre-mer du seul psychologue clinicien du pays (formé à Cuba).</p>	<p>Recrutement pour un an ou deux d'un coordonnateur national de la santé mentale, qui pourrait être un psychologue à orientation communautaire; il formerait le psychologue local, lequel assumerait ensuite ses fonctions (Dr Neki ?).</p> <p>Un atelier sur la santé mentale est prévu pour octobre 1987. On dispose actuellement de fonds pour financer cet atelier et recruter deux consultants OMS (Professeur German et M. Wankiiri).</p> <p>L'aide de l'OMS est nécessaire pour le placement de cette personne, de préférence au Royaume-Uni (Londres ou Manchester).</p> <p>L'aide de l'OMS est requise pour une affectation outre-mer appropriée.</p>
8. SWAZILAND	<p>1. Mise en place d'un effectif accru d'infirmiers psychiatriques spécialisés dans le diagnostic par la formation de moniteurs en soins infirmiers psychiatriques qui formeront à leur tour des infirmiers psychiatriques spécialisés dans le diagnostic et des infirmiers psychiatriques.</p> <p>2. Décentralisation plus poussée et intensification de l'approche intersectorielle des services de santé mentale.</p> <p>3. Recrutement d'un psychiatre d'Etat.</p> <p>4. Poursuite de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires.</p> <p>5. Développement plus poussé des personnels dans le cadre d'activités de formation formelles ou non programmées.</p> <p>6. Achat de livres et autres matériels d'apprentissage pour les élèves infirmiers.</p> <p>7. Amélioration des transports pour les agents de santé mentale afin de faciliter les visites dans les unités périphériques.</p>	<p>L'aide de l'OMS est requise pour le placement de stagiaires à l'étranger (au Nigéria ou au Royaume-Uni).</p> <p>A cet égard, on a besoin de l'aide de l'OMS et d'autres organisations internationales telles que Medicus Mundi International.</p> <p>L'OMS est instamment priée d'aider à organiser et à diriger des ateliers de santé mentale pour les agents de santé des dispensaires et centres de santé.</p> <p>On a un besoin urgent d'ouvrages sur la santé mentale pour les élèves infirmiers. L'OMS devrait aider à faciliter les contacts avec diverses institutions du Royaume-Uni et des Etats-Unis d'Amérique ainsi qu'avec des fondations privées pour obtenir des dons de livres.</p> <p>Des véhicules sont nécessaires d'urgence.</p>

LES DEMANDES FORMULEES POUR OBTENIR UNE AIDE DE L'OMS DOIVENT ETRE ADRESSEES AU BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE A BRAZZAVILLE PAR LES VOIES APPROPRIEES (REPRESENTANT OMS DANS LE PAYS) AVEC COPIE A LA DIVISION DE LA SANTE MENTALE DU SIEGE A GENEVE.

Pays/ mouvements de libération	Plans d'activités pour 1987-1988	Contraintes et demandes
9. OUGANDA	<p>1. Formulation d'une politique nationale de la santé mentale. On se propose de tenir en octobre 1987 un atelier axé sur la formulation d'une politique nationale de la santé mentale.</p> <p>2. Formulation d'un programme national de la santé mentale, y compris l'élaboration de mécanismes et de stratégies pour la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des services de santé mentale.</p> <p>3. Elaboration d'une politique nationale de réadaptation et de prise en charge des victimes de la guerre civile : veuves, handicapés et plus particulièrement orphelins. Cette mesure importante s'impose d'urgence et une telle politique devra être conforme aux principes scientifiques privilégiant le développement psychologique de ces orphelins.</p> <p>4. Une grave épidémie de SIDA sévit en Ouganda et il convient d'apporter un appui psychosocial aux victimes de cette maladie ainsi qu'à leurs familles et d'offrir des services de conseil aux porteurs du virus.</p> <p>5. Remise en état des infrastructures endommagées pendant la guerre civile. Fourniture de matériels d'apprentissage (ouvrages et journaux) ainsi que de moyens de transport.</p> <p>6. Poursuite de la décentralisation des services de santé mentale et de l'intégration de la santé mentale dans le système de soins de santé primaires.</p> <p>7. Renforcement des personnels de santé mentale par la formation et le recrutement d'effectifs accrus (psychiatres, infirmiers psychiatriques, travailleurs sociaux et psychologues cliniciens).</p>	<p>L'appui d'un consultant OMS serait des plus appréciés.</p> <p>Des consultants OMS seraient nécessaires. Une visite préliminaire d'un ou deux consultants OMS pour aider à élaborer un programme national de santé mentale serait extrêmement utile. Une telle visite pourrait avoir lieu en juillet 1987, ou peu après cette date.</p> <p>Une aide de l'OMS est requise d'urgence.</p> <p>Les aspects psychosociaux de cette maladie meurtrière doivent être incorporés dans le programme spécial OMS de lutte contre le SIDA et l'Ouganda souhaiterait pouvoir participer à toute entreprise - de quelque importance qu'elle soit - dans ce domaine.</p> <p>Il est nécessaire d'obtenir une aide financière auprès de pays et organisations donateurs afin de poursuivre et d'achever la remise en état des diverses infrastructures et de se procurer des véhicules et des matériels d'apprentissage. L'OMS pourrait contacter des fondations privées au nom de l'Ouganda pour obtenir des dons de livres, de journaux et d'autres matériels d'apprentissage.</p> <p>Il est urgent d'obtenir des bourses d'études. Il faudrait notamment qu'un Ougandais soit pris en considération pour participer au programme de formation en psychiatrie de Manchester. L'Ouganda souhaiterait aussi obtenir des bourses d'études et des places de stagiaires pour former des psychiatres à Aro et des moniteurs infirmiers au Nigéria (Abeokuta).</p> <p>Secours d'urgence sous forme de médicaments essentiels, de matériel de bureau, de fournitures pour les malades et de matériel hospitalier. On recherche à cet effet l'aide d'organisations internationales telles que le FISE, OXFAM, etc., ainsi que de fondations privées.</p>
10. REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	<p>1. Intégration plus poussée de la santé mentale dans les soins de santé primaires et poursuite de la décentralisation des services de santé mentale par l'extension des services psychiatriques et de santé mentale à toutes les régions du pays (il y a 20 régions).</p> <p>2. Renforcement des personnels de santé. Un cours sur le leadership financé par DANIDA aura lieu du 3 au 14 août 1987.</p> <p>3. Amélioration des transports pour permettre aux agents des services psychiatriques de se rendre dans les dispensaires et unités périphériques.</p>	<p>On a un besoin urgent d'une aide financière, de médicaments essentiels, de personnels et de moyens de transport.</p> <p>Les pays et organisations donateurs sont invités à participer au financement de cours similaires, d'ateliers, de séminaires et de cours d'entretien pour les agents de santé mentale et le personnel des services généraux de santé.</p> <p>Des véhicules sont requis d'urgence.</p>

LES DEMANDES FORMULEES POUR OBTENIR UNE AIDE DE L'OMS DOIVENT ETRE ADRESSEES AU BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE A BRAZZAVILLE PAR LES VOIES APPROPRIEES (REPRESENTANT OMS DANS LE PAYS) AVEC COPIE A LA DIVISION DE LA SANTE MENTALE DU SIEGE A GENEVE.

Pays/ mouvements de libération	Plans d'activités pour 1987-1988	Contraintes et demandes
11. ZAMBIE	<p>1. Renforcement des résultats déjà obtenus dans les domaines de la décentralisation des services psychiatriques et de l'approche intersectorielle de la santé mentale, des programmes de formation et des mesures particulières en faveur des enfants, des adolescents et des personnes âgées.</p> <p>2. Examen de la législation de la santé mentale.</p> <p>3. Amélioration de la logistique et des transports.</p>	<p>i) L'OMS est priée d'aider à placer un Zambien dans un stage de statistiques qui lui permette ensuite de formuler des systèmes pour coordonner et contrôler les programmes de santé mentale.</p> <p>ii) Il serait particulièrement utile qu'un manuel de santé mentale, non seulement en anglais mais aussi en langue locale, soit mis à la disposition des agents de santé mentale en général. L'aide de l'OMS est requise à cet égard.</p> <p>iii) Une aide financière est nécessaire pour financer des ateliers sur les besoins des enfants et adolescents dans le domaine de la santé mentale.</p> <p>Un atelier parrainé et organisé par l'OMS faciliterait l'examen de la législation nationale de la santé mentale. L'aide d'un consultant OMS serait nécessaire.</p> <p>Le don d'un réseau radio émetteur/récepteur (avec un central et cinq stations périphériques) faciliterait les communications entre le centre de référence de Lusaka et les hôpitaux de district ainsi que les dispensaires. Ce réseau pourrait être utilisé pour d'autres disciplines : par exemple, les agents de santé mentale s'en serviraient un jour par semaine et d'autres spécialistes les autres jours.</p>
12. ZIMBABWE	<p>1. Renforcement des personnels : on projette de former trois infirmiers administrateurs/éducateurs et de tenir huit ateliers provinciaux en novembre 1987.</p> <p>2. Recrutement d'un effectif accru de psychiatres.</p> <p>3. Extension des services de santé mentale à d'autres régions par la mise en place d'unités périphériques, de district et provinciales.</p> <p>4. Examen de la législation zimbabwéenne de la santé mentale.</p>	<p>Des bourses d'études de l'OMS seraient nécessaires pour permettre au Zimbabwe de former davantage d'infirmiers éducateurs/administrateurs. L'aide de l'OMS est requise pour organiser en 1988 d'autres ateliers internationaux de santé mentale afin d'examiner le programme national de santé mentale.</p> <p>Des consultants OMS sont requis pour collaborer aux ateliers provinciaux de novembre 1987.</p> <p>On a besoin de l'aide de l'OMS pour recruter les psychiatres expatriés qui occuperont les postes vacants.</p> <p>L'aide d'un consultant OMS serait nécessaire.</p>

LES DEMANDES FORMULEES POUR OBTENIR UNE AIDE DE L'OMS DOIVENT ETRE ADRESSEES AU BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE A BRAZZAVILLE PAR LES VOIES APPROPRIEES (REPRESENTANT OMS DANS LE PAYS) AVEC COPIE A LA DIVISION DE LA SANTE MENTALE DU SIEGE A GENEVE.

= = =