



Intensifier les soins de santé mentale : cadre d'action

Résumé d'orientation

1. À quelque moment que ce soit, environ une personne sur dix souffre d'un trouble mental et près d'une famille sur quatre compte une personne atteinte. Les taux de troubles mentaux sont encore plus élevés en cas de situation d'urgence complexe. Malgré les coûts économiques et personnels et la disponibilité d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité, les taux de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont faibles, avec des déficits de traitement compris entre 35 % et 50 % des individus atteints de troubles graves dans les pays développés et entre 76 % et 85 % dans les pays moins développés. Ces déficits sont dus principalement à la pénurie de ressources humaines et financières, aux inégalités dans leur répartition et aux inefficacités dans leur utilisation, ainsi qu'à la stigmatisation associée aux troubles mentaux.

2. La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté un plan d'action global pour la santé mentale 2013–2020 afin de relever le défi qui consiste à combler le déficit de traitement. Ce plan définit une vision et une feuille de route pour la santé mentale que les pays devront réaliser d'ici 2020. Il identifie, pour les États Membres et pour les partenaires internationaux et nationaux, des actions spécifiques associées à des cibles et à des indicateurs convenus.

3. Afin de concrétiser la vision et la feuille de route définies dans le plan, un cadre régional pour l'intensification de l'action en matière de santé mentale est proposé. Ce cadre identifie des interventions stratégiques ayant un impact élevé, offrant un bon rapport coût-efficacité, économiquement abordables et réalisables, dans les domaines de la gouvernance, des soins de santé, de la promotion de la santé et de la prévention, ainsi que de la surveillance, du suivi et de la recherche. Il fournit également une série d'indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces interventions. Ces domaines correspondent aux quatre objectifs du plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 et sont guidés par ses principes fondamentaux.

4. La plupart des pays de la Région déclarent disposer d'une politique de santé mentale (77 %) et d'une législation de santé mentale (73 %), mais un tiers seulement est en totale conformité avec les instruments internationaux sur les droits de l'homme. En outre, aucun pays n'applique intégralement sa politique existante, tandis qu'environ 45 % des pays appliquent partiellement la législation concernée. Dans la Région, les effectifs du personnel de santé mentale sont en moyenne de 14,6 pour 100 000 habitants. Ce chiffre correspond à moins de la moitié du taux mondial comparable, à savoir 33,8 pour 100 000 habitants. En outre, dans près d'un tiers des pays, plus de 85 % du personnel de santé mentale est déployé dans des hôpitaux psychiatriques. S'agissant de la disponibilité des services de santé mentale, le nombre médian de lits disponibles pour 100 000 habitants est de 6,1 dans la Région ; 64,3 % des lits de psychiatrie sont situés dans des hôpitaux psychiatriques et 35,7 % en milieu communautaire (18,3 % dans des hôpitaux généraux et 17,4 % dans des résidences communautaires). Afin de combler le déficit de traitement et d'atteindre le but général du plan d'action pour la santé mentale, à savoir « promouvoir le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux, dispenser des soins, améliorer les chances de guérison, promouvoir les droits de l'homme et réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux », il est nécessaire de se concentrer sur des interventions stratégiques clés de manière à intensifier les soins de santé mentale, tel que l'indique le cadre régional. Le Comité régional est invité à approuver le cadre régional pour l'intensification de l'action en matière de santé mentale dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale.

Introduction

5. Les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent l'une des principales causes de la charge de morbidité dans le monde (1). Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2001, environ une personne sur dix souffre d'un trouble mental et près d'une famille sur quatre compte une personne atteinte d'un trouble mental, 20 % des enfants et adolescents dans le monde souffrent de maladies mentales incapacitantes et environ 50 % des troubles mentaux chez les adultes ont débuté avant l'âge de 14 ans (2). Selon les estimations établies lors d'un examen systématique réalisé récemment, les taux de prévalence des troubles mentaux courants seraient de 29,2 % (25,9 %-32,6 %) sur la vie entière et de 17,6% (16,3 %-18,9 %) sur une période de 12 mois. Une influence constante des spécificités hommes-femmes a été observée, les femmes présentant des taux supérieurs d'anxiété (8,7 % contre 4,3 %) et de troubles de l'humeur (7,3 % contre 4,0 %) (3). Les taux de troubles mentaux sont encore plus élevés en cas de situations d'urgence complexe. Une méta-analyse des enquêtes épidémiologiques les plus sérieuses réalisées auprès des populations touchées par des conflits a révélé une prévalence moyenne de 15,4 % pour ce qui concerne l'état de stress post-traumatique (ESPT) et de 17,3 % pour la dépression. Ces taux sont nettement supérieurs à la moyenne de 7,6 % (troubles anxieux quels qu'ils soient, y compris l'ESPT) et à celle de 5,3 % (troubles de l'humeur quels qu'ils soient, y compris les troubles dépressifs majeurs) signalées par les 17 pays ayant participé à l'enquête mondiale sur la santé mentale (4).

6. À l'échelle mondiale, les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent 22,9 % de la charge de morbidité associée à des maladies non mortelles (mesurée en années vécues avec une incapacité, AVI) et 7,4 % de la charge mondiale de morbidité (mesurée en années de vie corrigées de l'incapacité, AVCI), paramètre qui englobe les années vécues avec une incapacité et le décès prématuré) (Tableau 1) (5).

7. Outre les incapacités, les troubles mentaux sont associés à une surmortalité, soit parce qu'ils constituent un facteur de risque indépendant pour d'autres issues en matière de santé, telles que le suicide, soit parce qu'ils se combinent à d'autres facteurs de risque dans le cas des maladies physiques, notamment les maladies cardio-vasculaires (y compris les accidents vasculaires cérébraux) et les cancers. De plus, les personnes atteintes de troubles mentaux sont moins susceptibles de bénéficier d'une prise en charge appropriée et en temps voulu en cas de maladie physique en raison du masquage diagnostique, même dans les pays où les systèmes de soins de santé sont bien établis (6,7).

8. Les troubles mentaux ne sont pas seulement un problème de santé publique ; ils constituent également un problème de développement économique et de bien-être sociétal. Une étude entreprise par le Forum économique mondial a estimé que l'impact des troubles mentaux en termes de production économique perdue, cumulée à l'échelle mondiale, pourrait s'élever à 16 000 milliards de dollars d'ici 2030. Dans les pays à revenu élevé, les dépenses engagées et la perte de productivité imputable aux troubles mentaux représentent environ 4 % du produit national brut (PNB) et l'on prévoit que le coût de ces troubles fera plus que doubler d'ici 2030 dans l'ensemble des pays (8). Un ensemble intégré d'interventions de santé mentale, curatives et préventives, d'un bon rapport coût-efficacité peut être fourni en milieu communautaire pour une somme comprise entre 1 et 2 dollars des États-Unis d'Amérique (US) par habitant et par an dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et entre 3 et 5 dollars dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (9). À l'échelle mondiale, la médiane des dépenses de santé mentale publiques par habitant des groupes de pays à revenu faible, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure est très faible (moins de 2 dollars US) et une large part des dépenses indiquées concerne les soins dispensés aux patients hospitalisés, en particulier dans des hôpitaux psychiatriques (10).

Tableau 1. Principales causes de la charge mondiale de morbidité 2010

Causes	Pourcentage du total des AVCI (%)	Années vécues avec une incapacité (%)	Années de vie perdues du fait d'un décès prématuré (%)
Maladies cardio-vasculaires et troubles circulatoires	11,9	2,8	15,9
Diarrhées, infections des voies respiratoires inférieures, méningites et autres maladies infectieuses	11,4	2,6	15,4
Affections néonatales	8,1	1,2	11,2
Cancer	7,6	0,6	10,7
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	7,4	22,9	0,5
Troubles musculo-squelettiques	6,8	21,3	0,2
VIH/sida/tuberculose	5,3	1,4	7,0
Autres maladies non transmissibles	5,1	11,1	2,4
Diabète, troubles sanguins, endocrinaux et uro-génitaux	4,9	7,3	3,8
Traumatismes non intentionnels	4,8	3,4	5,5

Source : référence (5).

9. Malgré les coûts économiques et personnels et la disponibilité d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité, les taux de traitement des personnes atteintes de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont faibles, avec des déficits de traitement compris entre 35 % et 50 % des individus atteints de troubles graves dans les pays développés et entre 76 % et 85 % des individus atteints de troubles graves dans les pays moins développés (11). Même dans les pays développés, le traitement est généralement dispensé de nombreuses années après le début des troubles, principalement en raison de la pénurie de ressources humaines et financières, des inégalités dans leur répartition et des inefficacités dans leur utilisation (12), ainsi que de la stigmatisation associée aux troubles mentaux et aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Analyse de la situation

Ampleur du problème dans la Région

10. Les données épidémiologiques sur la prévalence des troubles mentaux dans la Région sont limitées. Lorsque des données sont disponibles, l'éventail des instruments utilisés et les différences méthodologiques entre les enquêtes sont importants (12). L'étude sur la charge mondiale de morbidité a révélé que la prévalence des troubles mentaux, plus spécifiquement les troubles dépressifs et les troubles anxieux, est la plus élevée dans les pays de la Région, ce qui peut presque entièrement s'expliquer par les situations d'urgence complexes rencontrées dans la plupart des pays (13).

11. Les enquêtes de dépistage communautaires signalent des taux de détresse psychologique compris entre 15,6 % (Émirats arabes unis) et 51,8 % (Palestine). Les enquêtes de dépistage menées auprès des enfants et des adolescents à Oman, dans la Bande de Gaza (Palestine) et à Mossoul (Iraq) font état de taux plus élevés de troubles psychologiques en Palestine et en Iraq qu'à Oman, mais les méthodes d'évaluation étant différentes, ces résultats ne peuvent être comparés directement. Il est cependant intéressant de noter que ces études montrent que les écarts sont moindres entre hommes et femmes.

12. Comme indiqué ci-dessus, la prévalence des troubles mentaux, telle que déterminée par les entrevues diagnostiques réalisées dans la Région, varie considérablement en raison des différents instruments et méthodologies utilisés. La ventilation des diagnostics suggère une répartition comparable

à la répartition mondiale, la dépression et l'anxiété étant les troubles mentaux les plus fréquents. Cependant, on note également l'existence de taux élevés d'état de stress post-traumatique en Afghanistan, de phobies spécifiques en Égypte et à Oman et de troubles obsessionnels-compulsifs en République islamique d'Iran. Toutes les enquêtes menées auprès de populations adultes révèlent systématiquement des taux de troubles mentaux beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes, avec un ratio femmes-hommes moyen de 2,3 établi grâce à ces enquêtes (14).

13. Le taux annuel de suicides, standardisé selon l'âge, est de 6,4 pour 100 000 habitants (7,5 chez les hommes et 5,2 chez les femmes) dans la Région, contre 11,4 pour 100 000 habitants (15,0 chez les hommes et 8,0 chez les femmes) à l'échelle mondiale. Dans la Région, les suicides comptent pour seulement 3,7 % des suicides mondiaux, tandis que la population représente 8 % de l'ensemble de la population mondiale (15).

14. Les pays de la Région consacrent généralement environ 2 % de leur budget de santé pour la santé mentale, alors que 5 % à 10 % sont nécessaires pour correspondre au niveau des dépenses de santé mentale du Royaume-Uni, du Canada et des pays de l'Union européenne. La valeur médiane des dépenses de santé mentale par habitant, soit 0,15 dollar US, est très inférieure à la somme de 1 à 2 dollars US nécessaire pour un ensemble sélectif d'interventions de santé mentale d'un bon rapport coût-efficacité dans les pays à revenu faible, somme qui peut atteindre 3 à 5 dollars US dans les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire. En outre, les soins centralisés et institutionnalisés consomment un pourcentage disproportionné des dépenses de santé mentale (9,16).

Résultats du questionnaire pour l'Atlas de santé mentale 2014

15. La prévalence élevée, les incapacités et les coûts croissants liés aux troubles mentaux, combinés au déficit de traitement considérable malgré la disponibilité de traitements offrant un bon rapport coût-efficacité, constituent un argument de poids en faveur de la réévaluation de la prestation de soins de santé mentale. L'OMS a relevé ce défi avec le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, adopté en 2013 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce plan définit une nouvelle vision et un nouveau but pour la santé mentale, qui doivent s'organiser autour de quatre objectifs et six cibles mondiales mesurables à atteindre d'ici 2020 (17).

16. Une série d'indicateurs de base a été mise au point afin de suivre les progrès accomplis dans la réalisation de ces cibles et de suivre d'autres aspects essentiels du développement des systèmes de santé mentale. Tous les pays de la Région ont répondu au questionnaire pour l'Atlas de santé mentale 2014, qui repose sur ces indicateurs et qui servira de référence pour suivre les progrès vers la réalisation des cibles du plan d'action global.

17. La plupart des pays (77 %) déclarent être dotés d'une politique de santé mentale et le pourcentage de pays des groupes 1 et 3 dotés de politiques de santé mentale est supérieur à celui des pays du groupe 2 (83 % pour les pays des groupes 1 et 3, contre 70 % pour les pays du groupe 2). Cependant, en ce qui concerne la conformité aux normes internationales, les taux sont comparables dans les trois groupes de pays (57 %, 58 % et 53 %, respectivement)¹. La plupart des pays déclarent être dotés d'une législation de santé mentale (73 %), mais un tiers seulement est en totale conformité avec les instruments internationaux sur les droits de l'homme. Cependant, dans les pays du groupe 3, la législation de santé mentale est davantage susceptible d'être conforme aux instruments nationaux sur les droits de l'homme (87 % contre 40 % dans les pays du groupe 1). Aucun pays ne met en œuvre intégralement sa politique existante, tandis qu'environ 45 % des pays appliquent de manière partielle la législation concernée.

¹ Les pays de la Région sont répartis en trois groupes, en fonction des résultats de santé de la population, de la performance des systèmes de santé et des dépenses de santé. Groupe 1 : Bahreïn, Arabie saoudite, Koweït, Oman, Qatar, Émirats arabes unis ; Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne, Tunisie ; Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen.

18. En ce qui concerne la responsabilisation et la participation des utilisateurs des services, la Région a le plus faible taux d'implication des associations d'utilisateurs et de leurs familles. Le taux d'implication des parties prenantes est le plus élevé dans les pays du groupe 2, avec une moyenne de 40 % des domaines (information, politique, implication précoce, participation et ressources) au moins partiellement mis en œuvre, soit le double de celui des pays des groupes 1 et 3.

19. En ce qui concerne l'investissement dans la santé mentale, le gouvernement est le principal pourvoyeur de fonds pour les soins et le traitement des troubles mentaux graves dans 77 % des pays. Quatre pays, avec une représentation d'au moins un pays pour chaque groupe de systèmes de santé, ont fourni des données sur le montant total des dépenses publiques de santé mentale. Dans le pays du groupe 1, le total annuel des dépenses publiques de santé mentale s'élevait à 7,24 dollars US par habitant, tandis que la moyenne des dépenses était de 1,35 dollar US pour les deux pays du groupe 2 et de moins de 0,01 dollar pour le pays du groupe 3. La médiane des dépenses publiques de santé mentale de la Région a été estimée, à titre indicatif, à 6,32 dollars US par personne, chiffre très faible par comparaison avec la médiane mondiale de 72,57 dollars US.

20. Dans la Région, les effectifs des personnels de santé mentale sont en moyenne de 14,6 personnes pour 100 000 habitants. Ce chiffre est inférieur de moitié au taux mondial comparable de 33,8 pour 100 000 habitants. En outre, dans un tiers des pays environ, plus de 85 % des personnels de santé mentale sont déployés dans les hôpitaux psychiatriques. Les effectifs du personnel infirmier de santé mentale ont augmenté de manière substantielle entre 2011 et 2014 dans les pays du groupe 1 et du groupe 2. Le recul du nombre de psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays du groupe 2, et son augmentation dans les pays du groupe 1, suggèrent que des facteurs sociopolitiques et économiques pourraient influencer la disponibilité et la mobilité des ressources de santé mentale. Les pays du groupe 3 comptent le pourcentage le plus élevé de médecins et de personnels infirmiers et obstétricaux ayant reçu une formation en santé mentale pendant au moins deux jours au cours des deux dernières années. La Région se situe légèrement au-dessus de la médiane mondiale en ce qui concerne la formation des médecins de soins primaires (2,1 %) et légèrement au-dessous pour ce qui est de la formation des personnels infirmiers et obstétricaux (1,7 %).

21. En ce qui concerne la disponibilité des services de santé mentale, le nombre médian de lits disponibles pour 100 000 habitants est de 6,1 dans la Région ; 64,3 % des lits psychiatriques sont situés dans des hôpitaux psychiatriques et 35,7 % en milieu communautaire (18,3 % dans des hôpitaux généraux et 17,4 % dans des résidences communautaires). Il existe une nette différence entre les pays du groupe 1 et ceux des groupes 2 et 3. Cette répartition est presque inchangée par rapport à celle observée en 2011. Le nombre médian de lits d'hôpital pour 100 000 habitants dans la Région est comparable au nombre médian mondial de 6,5 pour 100 000.

22. Pour ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention des maladies, le pourcentage de pays dotés de programmes dans ce domaine est de 41 % à l'échelle mondiale, soit le même pourcentage que dans la Région. Dans la Région, 60 % des pays du groupe 2 disposent de plusieurs programmes nationaux de prévention ou de promotion opérationnels dans le domaine de la santé mentale, soit plus du double des pays des groupes 1 et 3. Les trois pays ayant élaboré une stratégie nationale de prévention du suicide appartiennent tous au groupe 2.

23. Dans le domaine des systèmes d'information, bien que 19 pays aient communiqué des données sur la santé mentale, près de la moitié des pays n'a pas publié de rapport d'information spécifique sur la santé mentale au cours des deux dernières années. Les pays du groupe 2 présentent le profil le plus avancé en ce qui concerne la publication d'informations sur la santé mentale. Tous les pays du groupe 2, sauf un (soit 90 %), et la moitié seulement des pays du groupe 1 ont publié un rapport spécifique sur la santé mentale au cours des deux dernières années ; et aucun des pays du groupe 3 n'a publié un tel rapport au cours de la même période. Bien que la Région soutienne la comparaison avec les autres régions, les systèmes d'information actuels peuvent ne pas être conformes aux indicateurs cibles du plan d'action global pour la santé mentale.

Cadre régional pour l'intensification de l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale

24. La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté un plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Ce plan définit une vision et une feuille de route pour la santé mentale que les pays devront réaliser d'ici 2020. Il identifie, pour les États Membres et pour les partenaires internationaux et nationaux, des actions spécifiques associées à des cibles et à des indicateurs convenus. Afin de mettre en œuvre la vision et la feuille de route indiquées dans le plan, un cadre régional pour l'intensification de l'action en matière de santé mentale est proposé. Ce cadre identifie des interventions stratégiques clés dans les domaines de la gouvernance, des soins de santé, de la promotion de la santé et de la prévention, ainsi que de la surveillance, du suivi et de la recherche. Il fournit également une série d'indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces interventions. Ces domaines correspondent aux quatre objectifs du plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 et sont guidés par ses principes fondamentaux. Toutefois, un nombre disproportionné de pays de la Région connaissant des urgences complexes, le cadre régional suggère également des interventions stratégiques dans ses trois premiers domaines, ce qui peut aider les pays à se préparer aux effets préjudiciables des urgences complexes sur la santé mentale et à les minimiser.

A. Gouvernance

25. Les principales responsabilités en matière de gouvernance concernent le développement et la supervision de la mise en œuvre des politiques et plans de santé mentale, la législation de santé mentale et les finances. Elles constituent le cadre général dans lequel les services de santé mentale seront fournis. Il est essentiel qu'elles se complètent et se soutiennent mutuellement. Par exemple, la législation de santé mentale doit codifier les principes fondamentaux, valeurs, buts et objectifs des politiques et plans de santé mentale et des budgets doivent être alloués pour atteindre les cibles des plans de santé mentale nationaux.

Interventions stratégiques clés

- Établir/actualiser une politique nationale multisectorielle/un plan d'action stratégique pour la santé mentale.
- Passer en revue la législation de santé mentale au regard des conventions/instruments internationaux sur les droits de l'homme et établir un mécanisme permettant de suivre de manière indépendante l'application de la législation actualisée.
- Inclure les affections mentales prioritaires dans la formule de base des régimes de remboursement des systèmes de sécurité sociale publics/privés.
- Intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial aux plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et de relèvement.

B. Soins de santé

26. L'OMS a proposé l'organisation pyramidale des services pour un éventail optimal de services de santé mentale (17). Lorsque l'on passe successivement aux niveaux supérieurs de la pyramide, les besoins de santé mentale des individus nécessitent une assistance professionnelle plus intensive, avec des coûts de soins proportionnellement plus élevés. Cette approche équilibrée suppose l'intensification des services de santé mentale communautaires, notamment l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires et d'autres programmes de soins de santé prioritaires, tels ceux destinés à réduire les risques liés à la grossesse, le Programme élargi de vaccination et les programmes de soins infantiles intégrés, d'une part, et la réduction du recours aux établissements psychiatriques, d'autre part (18-27).

Interventions stratégiques clés

- Réorienter les services de santé mentale :
 - en permettant aux personnes atteintes de maladies mentales et à leurs familles d'accéder aux services d'auto-assistance et aux interventions communautaires ;
 - en réduisant le recours aux hôpitaux psychiatriques de long séjour et en assurant la protection des droits des personnes atteintes de maladies mentales ;
 - en créant des services de santé mentale dans les hôpitaux généraux pour dispenser des soins en ambulatoire et lors d'hospitalisations de courte durée ;
 - en intégrant des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, réalisables, économiquement abordables et reposant sur des bases factuelles pour les maladies mentales, dans les soins de santé primaires et dans d'autres programmes de santé prioritaires.
- Mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence.

C. Promotion et prévention

27. Les interventions de promotion de la santé et de prévention permettant d'améliorer la santé mentale de la population en atténuant les facteurs de risque, en renforçant les facteurs protecteurs de la santé mentale et physique et en contribuant aux effets positifs durables d'un éventail de résultats sociaux et économiques. Des données suggèrent que les interventions suivantes sont les plus prometteuses pour la Région de la Méditerranée orientale (15,28-36).

Interventions stratégiques clés

- Intégrer la reconnaissance et la prise en charge de la dépression maternelle et une formation sur les compétences parentales dans les programmes de santé maternelle et infantile.
- Intégrer l'acquisition des compétences essentielles dans les programmes scolaires, en utilisant une approche scolaire globale.
- Réduire l'accès aux moyens permettant le suicide.
- Former les personnels intervenant en urgence à dispenser les premiers soins psychologiques.
- Utiliser des méthodes basées sur des données probantes pour améliorer les connaissances en matière de santé mentale et réduire la stigmatisation.

D. Surveillance, suivi et recherche

28. Les données, notamment celles relatives aux besoins et services locaux, ainsi que les données issues de la recherche portant sur les innovations, sont essentielles à la planification et au développement. Le plan d'action pour la santé mentale nécessite le recueil et la notification d'indicateurs sur la santé mentale et les services qui soient pertinents et de haute qualité. Certains de ces indicateurs peuvent être intégrés à la collecte systématique des données nationales et d'autres devront être fournis par des enquêtes périodiques. De même, la recherche en santé mentale est primordiale pour orienter l'élaboration d'une politique rationnelle, planifier les programmes de manière stratégique et réorganiser les services de santé mentale. Établir des priorités dans la recherche en santé mentale, particulièrement la recherche opérationnelle, peut être extrêmement rentable en termes de réduction des incapacités et de prévention des décès prématurés (37).

Interventions stratégiques clés pour les systèmes de surveillance et d'information

- Intégrer les indicateurs de base dans les systèmes d'information sanitaire nationaux (voir Annexe 1).
- Renforcer la capacité nationale à entreprendre et utiliser la recherche opérationnelle prioritaire.

Comparaison initiale avec les cibles définies dans le plan d'action pour la santé mentale

29. Cette section fournit la référence actuelle et les projections relatives à la réalisation des cibles définies dans le plan d'action pour la santé mentale.

30. Cible mondiale 1.1 : 80 % des pays auront élaboré ou actualisé leurs politiques ou leurs plans de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (d'ici 2020). Bien que 55 % des pays de la Région aient actualisé leurs politiques de santé mentale ces cinq dernières années, 32 % (soit sept pays) sont en conformité avec l'ensemble des normes identifiées et, atteignent de ce fait la cible du plan d'action. Pour que cette cible puisse être atteinte, les politiques doivent être actualisées conformément aux instruments relatifs aux droits de l'homme dans 11 pays au moins d'ici 2020.

Cible mondiale 1.2 : 50 % des pays auront élaboré ou actualisé leur législation en matière de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (d'ici 2020). Si 73 % des pays de la Région disposent d'une législation de santé mentale (soit spécifique, soit intégrée à une autre législation), seuls 27 % (six pays) sont en conformité avec les cinq composantes mesurées des normes relatives aux droits de l'homme et atteignent ainsi la cible du plan d'action. Pour que cette cible puisse être atteinte, la législation sur la santé mentale devra être actualisée et adoptée dans cinq pays supplémentaires d'ici 2020.

Cible mondiale 2 : La couverture des services de prise en charge des troubles mentaux graves aura augmenté de 20 % (d'ici 2020). Afin de suivre et d'évaluer cet indicateur, une référence actuelle pour la couverture des services doit être établie. Les informations actuelles de la Région ne permettent pas d'établir correctement cette référence. Premièrement, le dénominateur pour calculer la couverture est l'ensemble de la population à risque, et non l'ensemble de la population ayant besoin des services. Deuxièmement, la déclaration du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves traitées est disponible pour 13 pays seulement au niveau de l'hôpital psychiatrique, pour 9 pays au niveau de l'hôpital général et pour 8 pays au niveau ambulatoire. Si le nombre de patients atteints de troubles mentaux traités dans les services ambulatoires, qui est actuellement de 1158 pour 100 000 habitants (sur la base de 8 pays) doit augmenter de 20 % d'ici 2020, la cible sera alors de 1390 pour 100 000 habitants.

Cible mondiale 3.1 : 80 % des pays disposeront d'au moins deux programmes nationaux fonctionnels et multisectoriels pour la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale (d'ici 2020). Selon les réponses au questionnaire de l'Atlas 2014, pour atteindre la cible d'ici 2020, les neuf pays disposant d'au moins deux programmes doivent continuer de disposer de programmes éligibles et neuf autres pays doivent instaurer au moins deux programmes nationaux de promotion et de prévention.

Cible mondiale 3.2 : le taux de suicides dans les pays sera réduit de 10 % (d'ici 2020). Dans la Région, le taux annuel de suicides, standardisé selon l'âge, est de 6,4 pour 100 000 habitants (7,5 chez les hommes et 5,2 chez les femmes). Une réduction de 10 % correspond à une cible de 5,8 suicides pour 100 000 habitants et par an. Cependant, les taux actuellement déclarés pourraient représenter une sous-estimation du véritable taux de suicides en raison de facteurs sociaux, religieux et culturels potentiels. Il est urgent de s'efforcer d'établir des notifications exactes sur les suicides dans les pays de la Région.

Cible mondiale 4 : 80 % des pays recueilleront systématiquement et communiqueront tous les deux ans des données sur un ensemble minimum d'indicateurs de la santé mentale dans le cadre de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et sociale (d'ici 2020). Bien que 19 pays aient fourni des rapports sur les données relatives à la santé mentale (soit des rapports spécifiques, soit des rapports sur la santé mentale faisant partie de statistiques sanitaires générales), il apparaît clairement dans les réponses au questionnaire de l'Atlas 2014 que la portée des informations sur la santé mentale est limitée dans la plupart des pays et qu'une référence actuelle par rapport à laquelle il serait possible de suivre et d'évaluer cet indicateur est difficile à établir sur la base des données disponibles.

Conclusion

31. Les interventions stratégiques clés fondées sur des bases factuelles identifiées, qui seraient considérées comme les « meilleures options » et les « bonnes options », ont été réunies dans le cadre régional proposé en vue d'intensifier l'action en matière de santé mentale dans le but de faciliter la mise en œuvre du plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 (Annexe 1). Le cadre est accompagné d'un ensemble d'outils et de lignes directrices de l'OMS. En outre, une série d'indicateurs est proposée afin de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions stratégiques. Ces indicateurs coïncident avec ceux du plan d'action, afin d'éviter les chevauchements dans le suivi des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles du plan d'action. Les informations nécessaires pour rendre compte de la série d'indicateurs dans le cadre régional peuvent être rassemblées soit de manière systématique en intégrant les indicateurs dans le système de gestion des informations sanitaires et d'autres systèmes d'information des pays, soit en les collectant par le biais d'enquêtes périodiques.

32. Toutes les interventions stratégiques identifiées dans les quatre domaines principaux génèrent des synergies réciproques.

33. Le Comité régional est invité à approuver le cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale.

Annexe 1. Projet de cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale

Domaine	Interventions stratégiques	Indicateurs proposés
Gouvernance	<p>Établir/actualiser une politique nationale multisectorielle/un plan d'action stratégique pour la santé mentale</p> <p>Intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial aux plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et de relèvement</p> <p>Examiner la législation de santé mentale au regard des conventions/instruments internationaux sur les droits de l'homme</p> <p>Intégrer les affections mentales prioritaires dans la formule de base des régimes de remboursement des assurances publiques/privées</p>	<p>Le pays est doté d'une politique/d'un plan national(e) multisectoriel de santé mentale opérationnel, conforme aux instruments internationaux/régionaux sur les droits de l'homme^a</p> <p>Les prestations de santé mentale et de soutien psychosocial sont intégrées dans les plans nationaux de préparation aux situations d'urgence</p> <p>Le pays a actualisé sa législation de santé mentale afin qu'elle soit conforme aux textes internationaux/régionaux sur les droits de l'homme</p> <p>Inclusion des affections mentales prioritaires spécifiées dans les formules de base des régimes de remboursement des assurances publiques/privées</p> <p>Des budgets plus importants ont été alloués pour tenter d'atteindre les cibles nationales convenues en matière de prestation de services de santé mentale</p>
Soins de santé	<p>Créer des services de santé mentale dans les hôpitaux généraux pour dispenser des soins en ambulatoire et lors d'hospitalisations de courte durée</p> <p>Intégrer des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, réalisables, économiquement abordables et reposant sur des bases factuelles pour les maladies mentales dans les soins de santé primaires et dans d'autres programmes de santé prioritaires^b</p> <p>Permettre aux personnes atteintes de maladies mentales et à leurs familles d'accéder aux services d'auto-assistance et aux interventions communautaires</p> <p>Réduire le recours aux séjours de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques existants</p> <p>Mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence^c</p>	<p>Proportion d'hôpitaux généraux disposant d'unités de santé mentale, tant pour les patients hospitalisés que pour les consultations externes</p> <p>Proportion de personnes souffrant d'affections mentales qui utilisent des services de santé (ventilé par âge, sexe, diagnostic et milieu)</p> <p>Proportion de centres de soins de santé primaires disposant en permanence de médicaments psychotropes essentiels</p> <p>Proportion de centres de soins de santé primaires dont au moins un membre du personnel est formé à effectuer des interventions non pharmacologiques</p> <p>Proportion d'établissements de santé mentale faisant l'objet d'un suivi annuel reposant sur des normes de qualité et de droits afin de garantir la protection des droits fondamentaux des personnes atteintes d'affections mentales</p> <p>Proportion d'agents de soins de santé formés à reconnaître et à prendre en charge les affections mentales prioritaires dans les situations d'urgence.</p>
Promotion et prévention	<p>Fournir des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, réalisables et économiquement abordables, par le biais de plateformes communautaires et populationnelles^d</p> <p>Former les personnels des services d'urgence à fournir les premiers soins psychologiques.</p>	<p>Proportion d'écoles utilisant l'approche scolaire globale pour promouvoir l'acquisition des compétences essentielles</p> <p>Proportion de personnels de santé maternelle et infantile formés à fournir des soins aux jeunes enfants et à enseigner les compétences parentales aux mères et aux familles</p> <p>Proportion de personnels de santé maternelle et infantile formés à reconnaître précocement et à prendre en charge la dépression maternelle</p> <p>Disponibilité d'un plan d'action national opérationnel de prévention du suicide</p> <p>Campagnes nationales régulières pour améliorer les connaissances en matière de santé mentale et réduire la stigmatisation utilisant de nombreux canaux de communication</p> <p>Formation aux premiers soins psychologiques intégrée au niveau national dans toutes les formations destinées aux personnels intervenant en urgence</p>

Surveillance, suivi et recherche	Intégrer les indicateurs de base dans les systèmes d'information sanitaire nationaux Renforcer la capacité nationale à entreprendre la recherche prioritaire.	Disponibilité de données et de rapports systématiques sur un ensemble minimum d'indicateurs de la santé mentale au niveau national Communication annuelle de données nationales sur le nombre de décès par suicide
----------------------------------	--	---

^a**Opérationnel** : fait référence à une politique, une stratégie ou un plan d'action utilisé et mis en œuvre dans le pays, disposant de ressources et d'un financement pour sa mise en œuvre, avec une unité/un département ayant des ressources budgétaires et humaines qui lui sont propres et habilité à suivre la mise en œuvre de la politique/stratégie dans le pays.

^b **Les interventions d'un bon rapport coût-efficacité, réalisables, économiquement abordables (« meilleures options ») pour la prise en charge des troubles mentaux sont notamment les suivantes** : traitement de l'épilepsie (à l'aide d'antiépileptiques de première intention d'ancienne génération), de la dépression (à l'aide d'antidépresseurs génériques et d'un traitement psychosocial), des troubles bipolaires (à l'aide de lithium comme stabilisateur de l'humeur) et de la schizophrénie (à l'aide de médicaments antipsychotiques d'ancienne génération et d'un traitement psychosocial). Il existe toutefois un certain nombre d'interventions de prise en charge des troubles mentaux débutant durant l'enfance et l'adolescence, de l'anxiété et des troubles liés au stress, ainsi que des comportements suicidaires, qui peuvent être classés comme de « bonnes options » et qui figurent également dans le Guide d'intervention mhGAP (mhGAP-IG) http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/.

^c **Les meilleures pratiques et les bonnes pratiques en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence consistent notamment à** : renforcer l'entraide et le soutien social communautaires et ; soutenir les activités de développement de la petite enfance (DPE) ; former et superviser le personnel dans la prise en charge des problèmes de santé mentale liés aux situations d'urgence ; fournir des interventions psychologiques reposant sur des bases factuelles par l'intermédiaire d'agents de santé non professionnels ; assurer un approvisionnement régulier en médicaments psychotropes essentiels ; assurer la sécurité, répondre aux besoins fondamentaux et garantir les droits des personnes atteintes d'affections mentales sévères ou chroniques au sein de la communauté et des institutions ; encourager la diffusion d'informations dans l'ensemble de la communauté.

^d **Les meilleures pratiques (interventions d'un bon rapport coût-efficacité, réalisables, économiquement abordables et reposant sur des bases factuelles) pour la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale sont notamment les suivantes** : interventions portant sur le développement de la petite enfance et les compétences parentales, ainsi que lois et réglementations visant à limiter l'accès aux moyens d'automutilation/suicide. Les campagnes d'information et de sensibilisation de masse visant à promouvoir les connaissances en matière de santé mentale et à réduire la stigmatisation ; la reconnaissance et la prise en charge précoces de la dépression maternelle ; l'identification, la détection des cas et la prise en charge dans les écoles des enfants atteints de troubles mentaux et neurologiques et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ; l'intégration des stratégies de promotion de la santé mentale, telle que la réduction du stress, dans les politiques de santé et sécurité au travail ; les réglementations visant à améliorer les soins obstétricaux et périnataux ; le renforcement de la vaccination ; les programmes d'iodation du sel ; l'enrichissement en acide folique ; et les programmes de supplémentation en protéines visant à promouvoir un bon développement cognitif sont recommandés en tant que « bonnes pratiques ».

Références

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–223. PMID:23245608
2. Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/fr/>, consulté le 28 mai 2015).
3. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–93. PMID:24648481
4. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581–91. PMID:22008428
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86. PMID:23993280
6. Bailey S, Thorpe L, Smith G. Whole-person care: from rhetoric to reality: achieving parity between mental and physical health. London: Royal College of Psychiatrists; 2013 (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP88xx.pdf>, accessed 10 July 2015).
7. Scott KM, Ben Wu KS, Saunders K, Benjet C, He Y, Lepine JP, et al. Early-onset mental disorders and their links to chronic physical conditions in adulthood. In: Alonso J, Chatterji S, He Y, editors. *The burdens of mental disorders: global perspectives from the WHO world mental health surveys*. New York: Cambridge University Press; 2013.
8. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum; 2011.
9. *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
10. *Mental health atlas 2014*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 (in press).
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841–50. PMID:17826169
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, De Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):177–85. PMID:18188443
13. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Murray CJL, Vos T, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*. 2013;10(11):e1001547.14.
14. *Regional Strategy on mental health and substance abuse*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2012_EN_1067.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
15. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/, consulté le 10 juillet 2015).
16. *Mental health atlas 2011: resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 (http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2013_1578.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
17. *Plan d'action sur la santé mentale 2013–2020*. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/, consulté le 10 juillet 2015).

18. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9591):991–1005.
19. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–63. PMID:22785067
20. World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112829/1/9789241506816_eng.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
21. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000160. PMID:19806180
22. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001448. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001448
23. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001442. doi: 10.1371/journal.pmed.1001442. Epub 2013 May 7.
24. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
25. Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève: Comité permanent interinstitutions (CPI); 2007 (http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf?ua=1, consulté le 10 juillet 2015).
26. Van Ommeren M, Hanna F, Ventevogel P, Weissbecker I. Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: key considerations and actions. *East. Mediterr. Health J*. 2015;21(6) (in press).
27. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1, en anglais seulement, [Reconstruire en mieux : pour des soins de santé durables après une situation d'urgence] résumé d'orientation disponible à l'adresse http://www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/fr/, consulté le 10 juillet 2015).
28. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Grantham-McGregor SM. Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. *Lancet*. 2005;366(9499):1804–7. PMID:16298218
29. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and prevention: the economic case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2011.
30. Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. *PLoS Med*. 2103;10(12): e1001572. doi:10.1371/journal.pmed.1001572
31. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child dev*. 2011;82(1):405–32. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
32. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*. 2011;26(Suppl 1):i29–69. 10.1093/heapro/dar075 PMID:22079935
33. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011;32(6):319–33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109.
34. Jorm, AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am. Psychol*. 2012;67(3):231–43. doi: 10.1037/a0025957.

35. Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*. 2004;4:33 doi:10.1186/1471-244X-4-33
36. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7: CD009453.DOI: 10.1002/14651858.CD009453.pub2
37. Regan M, Patel V, Rahman A, Gater R. Mental health research: developing priorities and promoting its utilization to inform policies and services. *East. Mediterr. Health J*. 2015;21(6) (in press).