



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-troisième session**

Vienne, 8–11 septembre 2003

Points 6 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC53/7
+ EUR/RC53/Conf.Doc./2
27 juin 2003
30862
ORIGINAL : ANGLAIS

La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS

Plusieurs initiatives importantes ont été prises au cours des cinq dernières années pour sensibiliser davantage les décideurs politiques de la Région européenne de l'OMS à la charge que représente la santé mentale. De ce fait, celle-ci figure maintenant en meilleure place parmi les priorités politiques dans l'ensemble de la Région. Cependant, il existe encore d'importantes différences en matière de services offerts, de prévalence de la maladie mentale et de mortalité résultant de celle-ci, ainsi que des insuffisances en matière d'élaboration de politiques et de planification nationale dans ce domaine.

Le présent rapport fait le point de la situation, en indiquant les réalisations accomplies, tout en soulignant qu'il importe d'agir. Il décrit les difficultés qui sont apparues récemment et présente les buts et les résultats attendus d'une conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, qui aura lieu en 2005.

Un projet de résolution à soumettre au Comité régional est joint.

Sommaire

Page

Tendances récentes et besoins non satisfaits en matière de santé mentale	1
Des situations très diverses dans la Région	1
Mortalité liée au stress	1
Exclusion sociale	2
Le programme européen de santé mentale de l’OMS	3
Équipes spéciales	3
Réseaux	3
Partenariats.....	4
Élaboration de politiques et sensibilisation	4
Documents de référence et de travail.....	4
Principes directeurs.....	5
Résolutions et déclarations	6
Principales stratégies et modalités d’action	7
Activités au service des pays	7
Activités multipays	7
Réalisations	8
Le défi : pas de santé publique sans santé mentale	8
Nouveaux thèmes	9
Catastrophes et menaces	9
Pauvreté.....	9
Violence	10
Bases factuelles.....	10
Éthique	10
Conférence ministérielle de l’OMS 2005 : « Relever les défis, trouver des solutions »	11

Tendances récentes et besoins non satisfaits en matière de santé mentale

Des situations très diverses dans la Région

1. Selon des statistiques utilisées pour établir l'indicateur de développement humain de l'ONU, la Région européenne de l'OMS comprend certains des pays les plus riches et les plus pauvres du monde. Il existe d'énormes différences concernant le produit intérieur brut (PIB) par habitant, qui va de 500 dollars des États-Unis à plus de 30 000 dollars par an. Le pourcentage du PIB consacré aux soins de santé varie aussi de façon considérable, allant de 2 à 11 %, et c'est dans les pays les plus pauvres qu'il est le plus faible. De même, le pourcentage du budget de soins de santé affecté à la santé mentale varie de façon énorme, allant de 0 à plus de 20 %. Ici aussi, les pays les plus pauvres ont tendance à dépenser le moins.
2. Il existe un recours excessif à l'hospitalisation dans certains pays d'Europe orientale, où 60 % des patients sont traités dans de grands établissements (500 lits ou plus). En raison de conditions de soins inacceptables et de déficiences en matière de droits de l'homme et d'intégrité de la personne, des taux de mortalité élevés (jusqu'à 40 % par an) sont constatés dans certains de ces hôpitaux. Inversement, des personnes atteintes d'une grave maladie mentale sont victimes d'une indifférence et d'un abandon inacceptables dans plusieurs pays d'Europe occidentale ; dans certaines capitales, jusqu'à 50 % des sans-abri souffrent de psychose.
3. Les variations considérables en matière de suicide sont également de plus en plus préoccupantes. Les taux de suicide dans la Région européenne varient selon un rapport de 1 à 10 parmi les jeunes de sexe féminin et selon un rapport de 1 à 40 parmi les jeunes de sexe masculin ; les tendances sont très différentes d'un pays à l'autre, allant d'une baisse de 40 % à une augmentation de 80 % sur une période de 15 ans.
4. D'une manière générale, la disponibilité de services pour les malades mentaux semble être insuffisante. Les services doivent également être acceptables sur le plan de leur qualité et de l'absence de tout surcroît de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion. Ce dernier aspect représente un risque réel dans les pays où l'enregistrement en tant que malade mental entraîne des restrictions légales importantes et de longue durée en matière d'enseignement et de droit d'exercer certaines professions, d'obtenir un permis de conduire, de bénéficier d'une aide sociale, de voter, etc. Bien souvent, il n'est possible d'éviter ces restrictions qu'en consultant des prestataires de services privés coûteux, ce que peu de personnes ont les moyens de faire.

Mortalité liée au stress

5. Dans la Région européenne, il existe également d'importantes différences (jusqu'à 30 %) en matière d'espérance de vie, qui sont dues dans une large mesure à un stress social, à la maladie mentale et à des modes de vie destructifs. Dans les sociétés et les populations qui passent par des changements stressants en particulier, ces différences sont attribuables à une série de facteurs liés au stress, dont la dépression et le suicide, la toxicomanie, la violence, le comportement et les modes de vie à risque, et la morbidité et la mortalité cardiovasculaires et cérébrovasculaires.
6. En ce qui concerne l'inaptitude à faire face aux problèmes, la perte d'identité et l'absence de cohésion sociale qui sont observées dans ces pays, le nombre de décès évitables a augmenté et la structure même de la société est touchée. Dans certains États membres, l'espérance de vie totale a baissé de 10 ans (13 ans pour les hommes) au cours d'une décennie, en raison de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité liées au stress. Les taux de suicide ont été multipliés par 9 dans certains pays et ont atteint un niveau 9 fois plus élevé que la moyenne de l'Union européenne (UE). Le nombre de psychoses alcooliques a été multiplié par quatre dans certains pays, tandis que celui des décès dus à des causes externes (dont les accidents) est passé de 2 fois à 6 fois la moyenne de l'UE, et la mortalité cardiovasculaire est passée de 2,5 fois à 5 fois la moyenne de l'UE.

7. Dans certains des nouveaux États indépendants issus de l'ex-Union soviétique (NEI), la délinquance juvénile a augmenté de 350 % et le taux de toxicomanie parmi les jeunes a été multiplié par 7. Même pour les homicides (y compris les homicides d'enfants), le taux est passé de 2 fois à 9 fois la moyenne de l'UE. Cependant, le rétablissement de conditions sociales plus stables commence maintenant à normaliser ces chiffres, comme le montre une augmentation de l'espérance de vie dans certains des pays Baltes, ce qui doit être mis en rapport avec la stabilisation financière et sociale depuis 1998.

8. Dans les pays d'Europe occidentale également, les problèmes de santé mentale, la dépression et l'incapacité à faire face aux problèmes liés aux changements sociaux, au manque de sécurité d'emploi et à une diminution de la cohésion sociale ont des effets négatifs. Quarante et un millions d'adultes boivent trop ou sont dépendants à l'alcool, et 66 % d'entre eux ne sont pas traités. Le coût de l'alcoolisme dans certains pays européens s'élèverait à 3 % du PIB. Vingt-cinq pour cent des gens souffrent d'un trouble mental à un moment de leur existence. Cinquante-huit adultes sur 1 000, soit 33,4 millions de personnes en Europe souffrent de dépression grave. Entre 10 et 20 % des enfants ont un ou plusieurs troubles du comportement mental et plus de 25 % ont des problèmes mentaux ou de comportement.

9. Mesurées en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), la plupart des années sont perdues à cause de troubles dépressifs et on s'attend à ce que cette charge de morbidité double d'ici 2020. Dans de nombreux pays, le nombre de suicides dépasse le nombre de décès dus à la circulation routière et, dans les pays où le taux de suicide est moyen à élevé, leur coût s'élève à 1,5 % du PIB.

Exclusion sociale

10. Dans l'ensemble de l'Europe, les tabous, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale existent à des degrés divers et touchent différents groupes atteints de problèmes mentaux dans différents pays. Les adolescents, ainsi que leur famille en situation de chômage, courent souvent un risque élevé. Les hommes ont des problèmes considérables, notamment en ce qui concerne le stress professionnel et l'insécurité de l'emploi, ce qui menace leur place dans la société et leur identité en tant que soutien de famille dans les sociétés de type traditionnel.

11. Les facteurs qui sont à la base de la marginalisation des personnes mentalement vulnérables sont des conceptions psychosociales profondément ancrées dans la société, qui reposent sur l'incrédulité et les préjugés. La législation et les procédures administratives représentent souvent des obstacles importants au processus de réinsertion, de normalisation et d'humanisation.

12. Selon une étude réalisée par une équipe spéciale de l'OMS dans le domaine de la déstigmatisation, la schizophrénie fait l'objet d'une importante stigmatisation dans la plupart des zones de la Région européenne. Dans l'ensemble, la maladie mentale est perçue de façon assez négative, bien que les gens comprennent un peu mieux la dépression, le retard mental et la démence. Cependant, les malades mentaux sont nettement et de plus en plus considérés comme violents et agressifs. La dépression, la toxicomanie, la démence sénile et l'épilepsie incitent toujours à refuser à ceux qui en souffrent les droits de la personne humaine, des conditions de vie décentes, l'intégration dans la société et une instruction appropriée dans de nombreux pays. Selon les informations disponibles, les niveaux de stigmatisation et la qualité des soins ne sont pas meilleurs pour les adolescents et les enfants que pour les adultes. Néanmoins, un changement positif peut être signalé, à savoir l'intensification des activités des associations de patients et de familles.

13. Dans certains pays d'Europe occidentale et septentrionale, des personnalités publiques jouissant de l'estime générale ont révélé qu'elles avaient eu besoin temporairement d'une aide en matière de santé mentale, notamment pour dépression, ce qui a pour effet de réduire la stigmatisation de telles situations aux yeux de nombreuses personnes. Cependant, la stigmatisation et les tabous demeurent en Europe deux des principaux obstacles à une intervention précoce et à une réinsertion des personnes mentalement vulnérables, ce qui est crucial pour une évolution favorable de leur état de santé.

14. Les écarts de traitement sont encore considérables. Dans certains pays européens, plus de 60 % des épileptiques ne sont pas traités, jusqu'à 45 % des schizophrènes ne le sont pas davantage et 50 % des dépressions ne sont pas diagnostiquées dans les cadres des soins primaires, bien que 30 % des consultations des généralistes concernent des problèmes de santé mentale.

Le programme européen de santé mentale de l'OMS

Équipes spéciales

15. Le programme régional de santé mentale a été relancé en 1998. Il utilise les réseaux existants de centres collaborateurs de l'OMS et l'Étude multicentrique de l'OMS sur le parasuicide pour identifier et engager des ressources humaines en vue d'une collaboration.

16. En retenant quatre problèmes principaux et en utilisant les ressources des centres collaborateurs de l'OMS, on a créé quatre équipes spéciales :

- 1) une équipe spéciale sur la **mortalité prématurée et la morbidité excessive** liées au stress et aux problèmes de santé mentale, qui étudie principalement la situation dans les États membres connaissant d'importants bouleversements ;
- 2) une équipe spéciale sur la **déstigmatisation**, qui étudie les droits de l'homme et l'exclusion, et élabore des stratégies pour réinsérer les personnes mentalement vulnérables dans la société ;
- 3) une équipe spéciale sur les **évaluations**, qui offre aux États membres la possibilité de réaliser des audits, des évaluations nationales et des analyses adaptés à leurs besoins, et facilite les processus nécessaires d'élaboration, de ratification, de mise en œuvre et de surveillance des politiques et stratégies nationales en matière de santé mentale ; et, le plus récemment
- 4) une équipe spéciale sur la **santé mentale des enfants et des adolescents**, créée pour répondre à des besoins de plus en plus importants, qui analyse certains problèmes et met au point des principes directeurs sur la façon de faire face aux différents aspects de la souffrance des enfants et des adolescents et des pathologies mentales et de comportement.

Réseaux

Réseau européen de l'OMS sur la santé mentale

17. Un réseau d'homologues nationaux désignés par les ministères a été constitué et est chargé de faciliter les activités du programme. Il inclut maintenant tous les États membres de la Région. Ce réseau est extrêmement utile, dans la mesure où il communique aux responsables du programme des informations, des suggestions et des réactions. Il reçoit également des informations et facilite l'assistance technique aux structures nationales relatives à la santé mentale. En particulier, il a transmis des informations et a créé des initiatives qui ont débouché sur l'élaboration du *Rapport sur la santé dans le monde 2001*¹, a communiqué des données au projet connexe de l'OMS qui consiste à établir un atlas des ressources en matière de santé mentale et a proposé d'importants thèmes d'action. En même temps, il fournit un soutien aux homologues et étudie les problèmes, en réunissant des experts au sein d'une véritable instance européenne compétente en matière de santé mentale. Ce réseau se réunit deux fois par an.

Réseau européen de l'OMS sur la prévention du suicide et la recherche sur le suicide

18. Au cours des années 80 et 90, l'Étude multicentrique européenne de l'OMS sur les tentatives de suicide réunissait des centres de recherche sur le suicide de plusieurs États membres européens. Le réseau qui en était responsable a été réorganisé et renforcé en 2001 et 2002, et a maintenant été élargi à

¹ *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

un nombre croissant de pays d'Europe centrale et orientale dans lesquels il existe un besoin urgent et de plus en plus important en matière de prévention du suicide. Ce réseau se réunit chaque année et a facilité des stratégies nationales sur la prévention du suicide dans 10 pays au cours des trois dernières années.

Partenariats

Au sein de l'OMS

19. Au Bureau régional, le programme de santé mentale collabore avec les programmes sur l'alcoolisme et l'abus de substances psychotropes, la préparation aux catastrophes et l'action en cas de catastrophe, les maladies non transmissibles, le réseau Régions-santé, la nutrition et les stratégies reposant sur des bases factuelles.

20. La collaboration avec le Siège de l'OMS porte sur la prévention du suicide et la dépression, et inclut des activités relevant du Programme d'action mondial pour l'élaboration et la diffusion de principes directeurs et de stratégies, qui concernent principalement la politique, la législation et la sensibilisation. Il y a eu une étroite coopération pour l'élaboration, la présentation et la diffusion du *Rapport sur la santé dans le monde 2001*.

21. D'une manière générale, l'expérience montre que les travaux mondiaux et normatifs du programme de santé mentale du Siège de l'OMS et les activités centrées sur les pays que mène le Bureau régional ont besoin l'un de l'autre pour des contributions mutuelles, la mise au point et la diffusion de modèles de bonnes pratiques dans le cadre de stratégies interactives mondiales, régionales et nationales.

En dehors de l'OMS

22. La collaboration avec d'autres organisations intergouvernementales et d'intégration a porté principalement sur l'élaboration de stratégies communes et l'organisation de réunions conjointes, y compris un échange de connaissances et de ressources avec la Commission européenne à la suite d'une déclaration de l'OMS et de l'UE sur la continuité de la promotion de la santé mentale et de la prestation de services en matière de santé mentale. Les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne bénéficient d'une entraide, ce qui rapproche la situation en matière de santé mentale en Europe occidentale et orientale, ainsi que dans l'Union européenne et la Région européenne de l'OMS. La collaboration avec le Conseil de l'Europe s'effectue dans le cadre d'un programme commun visant la stabilité, la cohésion sociale et la santé mentale après les conflits qui ont eu lieu dans les pays de l'Europe du Sud-Est.

23. Les organisations non gouvernementales sont d'importants partenaires de l'OMS, par exemple pour la mise au point d'indicateurs reposant sur des bases factuelles et l'élaboration de stratégies nationales de prévention du suicide (Europe de la santé mentale), la restructuration et l'humanisation des services de santé mentale en Europe orientale (Initiative de Genève sur la psychiatrie), la mise en place de services de santé mentale de proximité dans les États Baltes et les Balkans (Comité suédois Europe de l'Est) et la création de mécanismes de financement appropriés pour soutenir des services de santé mentale décentralisés et humanisés (Réseau européen pour l'évaluation des services en santé mentale).

Élaboration de politiques et sensibilisation

Documents de référence et de travail

24. Pour soutenir l'élaboration de stratégies nationales de santé mentale et faire mieux connaître le fardeau des problèmes de santé mentale en Europe, différents documents ont été produits. Ils rendent compte non seulement de la diversité des problèmes et de la nécessité de stratégies individuelles et propres aux pays, mais mettent également en évidence les caractéristiques communes des pays, leurs capacités récentes à faire face à leurs problèmes et la faisabilité de solutions.

25. Ces documents sont notamment les suivants :

- un rapport contenant une analyse de la situation régionale et des activités menées par le programme pour répondre aux besoins² ;
- des analyses régionales et nationales sur la situation en matière de suicide³, ses antécédents et l'état d'élaboration des stratégies nationales pour la prévention du suicide⁴ ;
- un examen de la situation en matière de santé mentale dans la majorité des États membres, établi à la suite d'une enquête auprès de tous les homologues nationaux⁵.

26. Les informations et les connaissances obtenues ont été très utiles lors de l'élaboration du *Rapport sur la santé dans le monde 2001* et de son projet d'atlas.

27. Les recommandations finales du *Rapport sur la santé dans le monde 2001* concernant les obstacles à surmonter et la nécessité de soutenir la recherche, de mener une action de sensibilisation et de mettre en place des services de santé mentale de proximité en Europe ont été présentées et examinées en vue de leur mise en œuvre au niveau des pays lors de réunions ministérielles tenues dans de nombreux États membres.

Principes directeurs

28. Le réseau de l'OMS sur la prévention du suicide et la recherche sur le suicide en Europe poursuit l'examen et le suivi de la situation en matière de programmes de prévention du suicide en Europe et il publiera des principes directeurs concernant l'élaboration et la mise en œuvre de programmes complets, intersectoriels et interdisciplinaires aux niveaux national, régional et local. Il fournira ainsi la base d'une mise en œuvre renforcée à la suite de la Conférence ministérielle, en 2005.

29. L'équipe spéciale de l'OMS sur les évaluations nationales a également élaboré des principes directeurs sur la façon d'évaluer la situation d'un pays en matière de santé mentale. Ces principes directeurs ont été examinés et acceptés et ont commencé à être mis en œuvre dans le cadre d'activités visées par le Pacte de stabilité dans les pays de l'Europe du Sud-Est.

30. Des orientations normatives sont également données par le Siècle de l'OMS, notamment en ce qui concerne l'élaboration des politiques, la législation, les droits de l'homme, la sensibilisation et les mécanismes de financement, dans le contexte du Programme d'action mondial en matière de santé mentale. Les divers modèles mis au point ont été présentés, examinés et utilisés comme base de programmes visant à former des experts de pays d'Europe orientale et occidentale, en particulier de pays du Pacte de stabilité et du réseau d'homologues.

² *La santé mentale en Europe : non à l'exclusion – oui aux soins*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (version anglaise disponible sur le site Web : <http://www.euro.who.int/document/e72161.pdf>, consulté le 25 juin 2003).

³ *WHO/EURO multicentre study on parasuicide: facts and figures*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/HPSA 01 06 03, <http://www.euro.who.int/document/e68262.pdf>, consulté le 25 juin 2003).

⁴ *Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (document EUR/02/5034834, <http://www.euro.who.int/document/e77922.pdf>, consulté le 25 juin 2003).

⁵ *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5017227, <http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>, consulté le 26 juin 2003).

Résolutions et déclarations

31. Après la Conférence européenne sur la promotion de la santé mentale et de l'insertion sociale, organisée par le Gouvernement finlandais en octobre 1999, il existe un intérêt de plus en plus large pour les questions de santé mentale, qui a encore été fortement renforcé par des activités mondiales et européennes liées à la Journée mondiale de la santé et à l'Année de la santé mentale de l'OMS (2001). Un nombre croissant de gouvernements européens ont placé la santé mentale en bonne place parmi leurs préoccupations politiques et ont exprimé leur engagement en faveur d'un certain nombre de déclarations et de résolutions :

- la **Déclaration d'Athènes**, rendue publique en juin 2001 à la suite d'une réunion de l'OMS sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les réactions d'intolérance et les soins de proximité, qui a été accueillie par le Ministère grec de la santé et a réuni des participants des pays d'Europe du Sud et du Sud-Est ;
- la **résolution EUR/RC51/R5** adoptée par le Comité régional de l'Europe à sa cinquante et unième session (septembre 2001), qui invite les États membres à donner effet à la politique énoncée dans la Déclaration d'Athènes et demande au directeur régional d'inscrire la santé mentale comme thème technique à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional ;
- les **conclusions** de la Conférence « Faire face au stress et aux problèmes liés à la dépression en Europe », organisée par le Gouvernement belge, la Commission européenne, le Bureau régional de l'Europe et le Siège de l'OMS en 2001, qui ont débouché sur les **conclusions** adoptées par le Conseil des ministres de la santé de l'Union européenne (2001) et se sont traduites par l'adoption de la **résolution EB109.R8** du Conseil exécutif et de la **résolution WHA55.10** de l'Assemblée mondiale de la santé en 2002.

32. Un échange de lettres entre le directeur général de l'OMS et la Commission européenne en 2001 a également intensifié la coopération dans le domaine de la santé mentale, ce qui a renforcé les activités communes sur la promotion de la santé mentale, l'élaboration d'une politique de santé mentale, le stress, la dépression et la mortalité prématurée, ainsi que la santé mentale dans les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne. Le récent programme d'action communautaire sur la santé publique, adopté par le Parlement européen et le Conseil en septembre 2002, comprend également des activités dans le domaine de la santé mentale et demande une intensification de la coopération avec l'OMS.

33. En 2001, les ministres de la santé d'Europe du Sud-Est ont signé l'**Engagement de Dubrovnik**, qui exprime un engagement politique sans précédent concernant la satisfaction des besoins sanitaires des populations vulnérables, en particulier après les conflits. L'un des thèmes sanitaires auquel le plus haut degré de priorité a été accordé a été la santé mentale, et les ministres sont convenus d'accroître la cohésion sociale en Europe du Sud-Est en renforçant les services de santé mentale de proximité.

34. À la suite d'une réunion d'experts sur la santé mentale et les droits de l'homme, qui a eu lieu en 2003 et a été organisée par l'OMS et le Conseil de l'Europe, des **conclusions** ont été établies ; elles recommandent des principes fondamentaux concernant les droits de l'homme des personnes mentalement vulnérables.

35. Ces déclarations et conclusions ont représenté des étapes importantes en matière de sensibilisation et d'établissement d'une base pour l'élaboration d'une stratégie de santé mentale dans les États membres. Elles ont donné aux pays la motivation politique nécessaire pour agir, tant en collaboration avec le Bureau régional de l'Europe que sur le plan mondial.

Principales stratégies et modalités d'action

Activités au service des pays

36. Pour mieux faire connaître la charge que représentent le stress et les problèmes de santé mentale, étudier les possibilités offertes par les récents progrès en matière de promotion, de prévention et de traitements, et recenser les obstacles qui se posent dans plusieurs États membres, des réunions ministérielles ont eu lieu, en vue de discuter des recommandations de l'OMS et les moyens de leur donner suite dans le contexte national. Dans la plupart des pays, des organismes intersectoriels et pluridisciplinaires ont été créés et ont commencé à travailler.

37. À la demande des États membres, le programme régional sur la santé mentale a fourni les services d'experts en vue de réaliser des évaluations, de donner des conseils aux pouvoirs publics et d'aider ceux-ci à suivre la mise en œuvre des stratégies nationales. Dans la plupart des pays, on catalyse des processus qui visent à créer des programmes nationaux complets de santé mentale orientés vers des services de proximité. Ces derniers portent sur des soins primaires ou de santé familiale et comprennent des stratégies d'action sur la prévention du suicide, la toxicomanie, la législation et les droits de l'homme, ainsi que sur l'épilepsie et les maladies neurologiques. La plupart de ces activités sont financées dans le cadre d'accords biennaux de pays.

38. Dans la plupart des pays, cette assistance, qui est souvent offerte dans des situations où peu de ressources sont affectées à la santé mentale ou même lorsqu'une société est en crise, a débouché sur des activités permanentes visant à élaborer et à mettre en œuvre une politique et une stratégie en matière de santé mentale. Cependant, il est aussi nécessaire de suivre et d'évaluer en permanence ces processus, et la question cruciale de la possibilité de poursuivre durablement les activités doit être envisagée à cet égard.

Activités multipays

39. Les pays qui adhéreront prochainement à l'Union européenne présentent un intérêt particulier tant pour le Bureau régional que pour l'Union européenne. Le programme régional sur la santé mentale aide ces pays à prendre part aux activités et aux structures de santé mentale de l'UE et les fait participer à des activités internationales soutenues par le Bureau régional ou le Siège de l'OMS. Les pays ont ainsi acquis une expérience concernant les conséquences du processus d'élargissement sur le plan de la santé mentale et sur la transition sociétale qui lui est liée. L'attention a porté sur les questions liées au sexe et certaines populations à risque (les travailleurs agricoles, par exemple).

40. Dans les pays du Pacte de stabilité, l'élaboration d'une politique de santé mentale a commencé, ce qui a consisté à poursuivre des activités en cours visant à mettre en place des soins de proximité et, dans certains d'entre eux, à aborder la réconciliation, à s'attaquer aux crises postérieures à la guerre et à reconstruire la société civile. La « plate-forme » qui a été créée comprend des activités déjà en cours et respecte la diversité des différents pays, tout en utilisant le contexte culturel commun et en satisfaisant des besoins communs.

41. Un aspect principal des activités multipays a consisté à soutenir et à faciliter des réunions ministérielles et des conférences d'experts internationales. Les thèmes abordés ont été la stigmatisation (Athènes, 2003, en coopération avec le Gouvernement grec), la santé mentale de proximité (Athènes, 2001, en coopération avec le Ministère de la santé), l'élaboration d'une politique de santé mentale (Tunis, 2002, en coopération avec le Siège de l'OMS), le stress, le suicide et la mortalité prématurée (Bruxelles, 2001, en coopération avec le Gouvernement belge, et Luxembourg, 2002, en coopération avec la Commission européenne), et les droits de l'homme et la santé mentale (Copenhague, 2003, en coopération avec le Conseil de l'Europe). En outre, la santé mentale a été considérée comme une question de santé publique (« Évaluation de l'impact sur la santé mentale », Bruxelles, 2001, en coopération avec la Commission européenne ; « La santé mentale en tant que santé publique », Ljubljana, 2003, en coopération avec le

Ministère slovène de la santé). Un élément qui a facilité considérablement ces activités a été constitué par les ressources humaines dont il a été possible de disposer dans le cadre des équipes spéciales et des réseaux européens.

Réalisations

42. En 2001, la législation sur la santé mentale était inexistante ou dépassée dans 35 % des États membres européens de l'OMS, 25 % des pays n'avaient pas entrepris de réformes en matière de santé mentale et seulement dans 50 % des pays des réformes étaient partiellement en cours.

43. Certains chiffres indiquent l'évolution récente des politiques et une prise de conscience accrue du problème depuis 2001 :

- Huit États membres ont évalué leur situation en matière de santé mentale à l'aide de spécialistes de l'OMS et quatre prévoient de le faire dans un avenir rapproché.
- Des conférences ministérielles nationales sur la santé mentale ont eu lieu dans 10 pays et, dans sept d'entre eux, des organismes nationaux pour l'amélioration de la santé mentale ont été créés.
- Quatre autres pays ont actualisé, modernisé et humanisé leur législation sur la santé mentale, et tous les pays ont maintenant adhéré au réseau européen d'homologues nationaux.
- Dix États membres ont élaboré des stratégies nationales de prévention du suicide et 14 pays supplémentaires, en particulier d'Europe orientale ont adhéré au réseau européen de l'OMS sur la prévention du suicide.
- Dans le contexte de leur présidence de l'UE, cinq États membres ont accueilli des réunions ministérielles sur la santé mentale et six gouvernements ont accueilli des réunions régionales d'homologues nationaux.
- Dans 10 États membres, le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* ou certaines parties de celui-ci (sur l'épilepsie, le suicide, la politique de santé mentale ou la santé publique) ont été présentés lors de réunions nationales.

Le défi : pas de santé publique sans santé mentale

44. Des statistiques de la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional montrent, dans les États membres européens, que la morbidité et la mortalité liées au stress, aux problèmes de santé mentale et à des modes de vie destructeurs sont de bons indicateurs du niveau de stress dans la société. Les déterminants les plus importants de la santé mentale semblent être ceux qui concernent la maîtrise de sa propre existence, l'identité et la dignité, les liens sociaux et les sentiments de cohésion et de signification⁶. Ils sont souvent influencés négativement par des changements sociaux et un environnement social défavorable, mais il est aussi possible d'exercer sur eux une influence positive, en réduisant et en stabilisant le stress sociétal.

45. La charge de morbidité mentale est liée non seulement aux troubles mentaux dans le sens strict de l'expression, mais également aux conséquences du stress, qui engendrent une morbidité et une mortalité liées au stress dans un sens plus large. Les troubles mentaux proprement dits représentent 15 % des dépenses de soins de santé d'un pays, mais le coût total des maladies et des décès liés au stress et aux problèmes de santé mentale peut atteindre 30 à 50 % de ces dépenses si l'on inclut le surmenage, le stress psychosomatique et la dépression liés à la violence et à la toxicomanie.

⁶ Wilkinson R, Marmot M (sous la direction de). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (document EUR/ICP/CHVD 030901, disponible en anglais à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/e59555.pdf>, consulté le 26 juin 2003).

46. Même les dispositions législatives et réglementaires sur le logement, la fiscalité, les services publics, l'emploi, les routes et la circulation, etc., peuvent avoir des effets sur la santé mentale d'une population. Les décisions politiques et les politiques menées peuvent avoir des effets aussi importants sur la santé mentale que sur l'environnement, sur le plan de la charge financière et des souffrances qu'elles peuvent entraîner.

47. Il est donc nécessaire de repenser la notion de santé publique et de reconnaître que la santé mentale en est l'élément le plus crucial. Les stratégies relatives à l'environnement et à la santé devraient bien entendu tenir compte des effets que l'environnement et la santé mentale peuvent avoir l'un sur l'autre, dans une optique de santé publique. Les stratégies concernant l'investissement dans la santé devraient inclure l'investissement dans la santé mentale, car celle-ci est l'atout le plus précieux de la société. Les programmes axés sur les effets des décisions politiques et des changements sociaux sur la santé devraient certainement mieux faire connaître leurs effets sur la santé mentale et inciter à exiger une analyse approfondie des conséquences de ces décisions.

48. Il est nécessaire de mettre en place dans un avenir rapproché des mécanismes grâce auxquels les pouvoirs publics, locaux, régionaux et nationaux disposeraient d'avis et d'analyses concernant les effets sur la santé mentale, comme on le fait déjà pour les effets sur l'environnement. Du point de vue de la mortalité et de la morbidité prématurées évitables en Europe, aucun gouvernement, qu'il soit riche ou pauvre, ne peut se permettre de ne pas favoriser et protéger la santé mentale et de ne pas investir dans celle-ci.

Nouveaux thèmes

49. Ces dernières années, certains domaines de la santé mentale ont suscité plus d'intérêt à la suite d'une évolution des demandes des États membres et d'un changement de la situation en Europe.

Catastrophes et menaces

50. En raison de l'ampleur et de la spécificité de leurs répercussions sur la santé mentale, les catastrophes naturelles et dues aux activités humaines constituent un domaine qui mérite une analyse plus approfondie. Les études sur les sociétés de l'Europe du Sud-Est après la guerre ont montré les conséquences durables des hostilités sur la santé mentale des populations, sous la forme de réactions post-traumatiques à la violence et aux humiliations, qui engendrent des modifications de la personnalité et du comportement, lesquels se manifestent par de l'agressivité, un comportement à risque, des toxicomanies et des suicides. En outre, les conséquences sociétales des conflits et guerres internes peuvent être considérées comme des obstacles au rétablissement de la confiance mutuelle dans la société civile.

51. Il est nécessaire de réaliser des études complémentaires pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses des États membres en matière d'assistance et de conseil pour faire face à cette situation.

Pauvreté

52. La pauvreté et les problèmes de santé mentale forment un cercle vicieux : la pauvreté est à la fois une cause importante de mauvaise santé mentale et une conséquence potentielle de celle-ci. Des disparités de plus en plus importantes au sein de la société et des modifications économiques au cours de la vie des individus semblent revêtir une importance particulière à cet égard. Qu'on la définisse en fonction du revenu, de la situation socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction, la pauvreté est un important déterminant des incapacités mentales et est liée à une moindre espérance de vie et à une prévalence plus élevée d'alcoolisme et de toxicomanie, de dépression, de suicide, de comportement antisocial et de violence. En tant que cause de pauvreté, de perte de considération sociale et de souffrance mentale, le chômage est une question importante dans tous les États membres européens. L'une des priorités du programme de santé mentale de l'OMS en Europe consiste à mieux faire connaître les effets des décisions politiques et des changements de politiques sur la santé mentale d'une population, notamment

en ce qui concerne le chômage et la pauvreté et le lien entre ces effets et la dépression, les suicides et l'abus de substances psychotropes.

Violence

53. Le *Rapport mondial sur la violence et la santé*⁷ examine, selon une démarche cohérente, le comportement et les modes de vie destructeurs, l'agressivité et la violence, y compris les lésions infligées à soi-même et le suicide. Il établit des liens entre des états dépressifs, la consommation excessive d'alcool et d'autres dépendances, et la violence dans les sociétés et les familles. Une étude réalisée récemment dans l'un des États membres d'Europe orientale en proie à des bouleversements de la société et caractérisé par une prévalence élevée d'une morbidité et d'une mortalité liées au stress et aux problèmes de santé mentale présente des données selon lesquelles l'une des façons de réduire la violence dans un pays consiste à améliorer la santé mentale des individus, notamment en remédiant à l'impossibilité de maîtriser la situation et à la prise de risque destructrice qui caractérise le comportement et le mode de vie.

Bases factuelles

54. Les États membres et les services de l'Organisation elle-même demandent de plus en plus des bases factuelles rigoureuses permettant de fonder les recommandations et les conseils donnés par l'OMS. Cependant, on demande aussi à l'OMS d'agir de façon préventive et rapide en cas d'urgence ou de diffuser des alertes et de donner des conseils immédiats aux États membres en cas de crise. En outre, la notion de bases factuelles fait l'objet de discussions dans le domaine vaste et complexe de la santé mentale. La validité exclusive d'essais randomisés et de bases factuelles quantitatives est mise en cause et l'on propose une conceptualisation plus large qui comprenne des facteurs qualitatifs et l'expérience individuelle. Les associations de consommateurs et de familles, en particulier, souhaitent que leur expérience soit considérée comme des bases factuelles.

55. Le Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional étudie les critères auxquels doivent répondre les bases factuelles, en accordant une grande attention à la santé mentale. Dans le cadre de l'une des premières initiatives communes, on élabore un document décrivant et évaluant les bases factuelles de démarches de proximité en matière de santé mentale. Ce document préconise une démarche équilibrée, selon laquelle les soins spécialisés et en établissement reposent sur des services de santé mentale de proximité et des soins de santé primaires, adaptés aux ressources de chaque pays.

Éthique

56. L'expérience montre que les décisions politiques concernant la santé reposent souvent sur des valeurs et non des bases factuelles. Même d'un point de vue scientifique, la notion de bases factuelles est complétée par les concepts de valeurs, étant donné que ces dernières jouent également un rôle décisif dans les décisions des individus, tant dans la vie privée que dans la prise de positions politiques, ce qui influence les structures et les organisations. La « médecine reposant sur des valeurs » semble dès lors être de plus en plus un complément nécessaire de la médecine fondée sur des bases factuelles. Cela revêt une importance particulière dans les situations où des considérations d'ordre éthique jouent un rôle de plus en plus important, sur la base de valeurs morales, philosophiques ou religieuses.

57. Les questions à aborder ici comprennent la qualité de la vie et les droits de l'homme des personnes mentalement vulnérables, l'euthanasie et le suicide assisté. Une question connexe est constituée par l'évaluation coût-avantages des services de santé mentale, qui est trop souvent réalisée sans définition des niveaux fondamentaux de droits de l'homme et d'intégrité individuelle qui doivent être respectés.

⁷ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (sous la direction de). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

58. D'autres aspects des dimensions éthiques de la santé mentale concernent le conseil génétique, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires visant à favoriser la sécurité et la réduction des risques dans la société plutôt que la promotion de la qualité de la vie des malades mentaux.

Conférence ministérielle de l'OMS 2005 : « Relever les défis, trouver des solutions »

59. Face à l'ensemble de problèmes et de défis décrits plus haut, les manifestations qui ont été organisées pendant l'Année mondiale de la santé mentale de l'OMS et la publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2001* ont contribué à placer la santé mentale à un niveau plus élevé dans l'échelle des valeurs, à susciter l'enthousiasme et à renforcer l'engagement, et à favoriser la mise en place de partenariats stratégiques, qui ont depuis lors trouvé leur expression dans un grand nombre d'activités concrètes. On a donné plus de moyens d'agir au personnel de soins de santé mentale, aux consommateurs, aux familles et aux autres parties intéressées, on a mené une action de sensibilisation dans tous les secteurs de la société et on a élaboré des principes directeurs pour l'action.

60. Dans ce contexte, il est prévu d'organiser une conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale en 2005. Elle portera sur les questions soulevées dans le présent document. Cette conférence représentera un jalon dans l'élaboration d'une politique de santé mentale en Europe.

61. Les gouvernements européens ou des partenaires intergouvernementaux accueilleront une série de manifestations qui auront lieu avant la conférence. Celles-ci porteront sur la santé mentale dans des sociétés stressantes ; la transition ; la santé mentale des enfants et des adolescents ; le suicide ; et la stigmatisation et ses conséquences. Des études de cas sont en cours de préparation, des bases factuelles sont recueillies et évaluées, et des documents de base seront élaborés. Toutes ces activités représenteront des contributions à la conférence.

62. Pour préparer la conférence, on a constitué un comité directeur composé de représentants des gouvernements hôtes de la conférence proprement dite et de ceux qui accueilleront les manifestations qui la précéderont, ainsi que de partenaires qui participeront à l'organisation de la conférence, tels que la Commission européenne et le Conseil de l'Europe. Un comité d'organisation est également en cours de constitution dans le pays hôte.

63. Les buts de la conférence sont les suivants :

- examiner les politiques européennes en matière de santé mentale, de problèmes de santé mentale et de soins de santé mentale ;
- examiner dans quels cadres – écoles, lieux de travail et services de santé – et pour quels groupes d'âge il y a lieu d'agir en faveur de la santé mentale et de l'insertion et d'aborder les problèmes de santé mentale ;
- recenser les obstacles à la promotion de la santé mentale et à la prévention et au traitement des affections mentales dans les groupes et chez les individus ;
- proposer des solutions qui reposent sur des bases factuelles et qui puissent être traduites en politiques communes et durables, en fixant des priorités à l'intention des États membres européens ;
- indiquer des priorités et élaborer des stratégies futures en vue de la poursuite de l'application ou de la réorientation des politiques européennes.

64. La Conférence ministérielle portera sur des questions essentielles relatives aux soins de santé mentale, à la prévention des troubles mentaux et à la promotion de la santé mentale. Le programme utilisera des démarches axées sur l'ensemble de l'existence et sur les cadres de la santé mentale. Des expériences concernant l'élaboration de politiques nationales en matière de santé mentale, de bons exemples d'amélioration des services et d'autres enseignements tirés seront présentés. Les questions de stigmatisation et de

droits de l'homme que soulèvent les problèmes et les soins de santé mentale seront abordées dans le cadre de tous les éléments de la Conférence.

65. La Conférence formulera des recommandations d'ordre général dans le cadre d'un programme prioritaire comportant un calendrier précis et demandera la prise d'initiatives qui devront être soutenues par le Bureau régional au cours des années à venir.

66. La Conférence ministérielle donnera une impulsion énergique au maintien et à la propagation, dans l'ensemble de la Région, de la dynamique exceptionnelle qui a été créée ces dernières années. En outre, il est prévu que son double but (d'une part, reconnaître les travaux déjà accomplis en matière de santé mentale dans les domaines politique, scientifique et technique et, d'autre part, entreprendre des actions nouvelles) servira de façon très appropriée les objectifs et les stratégies qui ont été définis collectivement par les pays européens.