

Nouveau rapport de l'OMS Politiques et pratiques en matière de santé mentale en Europe – relever les défis

Un rapport publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et cofinancé par la Commission européenne fournit des données jusqu'ici inédites sur les politiques et les pratiques de santé mentale dans la Région européenne de l'OMS. Il met aussi en lumière d'importantes lacunes en matière d'informations. Voici plusieurs extraits du rapport illustrant le type de données collectées dans 42 États membres.

- Ces dernières années ont été productives en matière de politiques et de législation. En effet, depuis 2005, 57 % des pays ont adopté de nouvelles politiques relatives à la santé mentale ou actualisé les politiques existantes, et 47 % ont fait pareil pour leur législation. Quatre pays seulement n'ont toujours pas de stratégie en la matière. Cinq pays ont encore une législation vieille de plus de 10 ans.
- La densité de psychiatres pour 100 000 habitants varie considérablement dans la Région : de 30 et 26 pour 100 000 habitants respectivement en Suisse et en Finlande, à 3 en Albanie et 1 en Turquie. Le taux médian de psychiatres dans les 41 pays ayant fourni des données à ce sujet est de 9 pour 100 000 habitants.
- Peu de pays fournissent des chiffres sur les dépenses consenties à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux, mais les données disponibles font régulièrement état d'un déficit de financement à cet égard, soit presque 1 % du budget de la santé mentale tout au plus.
- Les données sur le pourcentage de personnes souffrant d'une incapacité imputable à des troubles mentaux, et recevant des allocations sociales ou une pension d'invalidité, sont disponibles dans 17 des 42 pays couverts par le rapport, et montrent des différences oscillant de 44 % au Danemark à 8 % en Fédération de Russie.
- En matière de soins prodigués, les disparités s'observent surtout au niveau des institutions sociales : des établissements pour enfants et adolescents existent dans 31 des 42 pays (74 %) et ce, dans des proportions comparables à travers les groupes de pays. C'est dans ce domaine que l'on signale d'ailleurs les plus grandes variations en matière de soins. En Europe occidentale, les enfants sont souvent placés dans des foyers d'accueil ou de petits établissements surveillés. Dans bon nombre de pays d'Europe du Sud-Est et de la Communauté des États indépendants, les enfants présentant toute forme d'invalidité sont parfois placés dans de grands foyers d'aide sociale généralement sous-financés.
- Prescription d'antidépresseurs – peu d'informations mais d'énormes différences : l'étude s'est aussi penchée sur le pourcentage de population auquel on a prescrit des antidépresseurs au cours de la dernière année disponible. Un grand nombre de pays (26 sur 42) ont répondu

qu'ils ne possédaient aucune information à ce sujet. En outre, les données relatives à la prescription d'antidépresseurs ne sont pas collectées de manière régulière.

- Dans les pays qui ont pu fournir les informations demandées, le pourcentage de personnes ayant reçu ce genre de prescription oscillait de 12 % en Moldova et de 10 % en Espagne (Catalogne) à 3 % en Lituanie et 1 % en Bosnie-Herzégovine (Republika Srpska).
- Les données relatives à la consultation de services psychiatriques illustrent d'énormes différences en termes d'accès, de 1 à 28 % de la population.
- Les taux d'hospitalisation varient selon un rapport de 1 à 13. Les pourcentages les plus élevés s'observent dans des pays tels que la Roumanie, la Hongrie et l'Estonie, ainsi qu'en Allemagne et en Suède. Dans certains cas, ces taux élevés d'hospitalisation sont attribués à la mise en place d'incitants financiers aux effets pervers au sein même du système de santé, tels que les paiements par hospitalisation ou seulement pour une période d'hospitalisation limitée, ce qui favorise la sortie de l'hôpital et la réhospitalisation. Dans d'autres pays, le phénomène peut s'expliquer par le nombre important de lits disponibles.
- Facteur intéressant, les femmes sont surreprésentées dans les services de consultations externes, alors que l'on n'observe presque pas de différences entre les sexes dans les services aux malades hospitalisés.
- Possibilités de responsabilisation et de représentation des patients et des aidants : le rapport met en évidence un lien profond entre les tendances en matière de dépenses consenties à la santé mentale, les tendances en matière de développement de services de proximité et la participation des patients et des aidants. Ce lien est particulièrement important dans les 15 pays de l'Union européenne avant l'élargissement de 2004 (UE15)¹. Dans bon nombre de pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, où les soins sont surtout dispensés en institution, les associations de patients et d'aidants sont encore à leur phase de développement.
- Les attentes en ce qui concerne les médecins généralistes varient considérablement, et ne sont pas toujours liées au niveau de formation ou au diplôme. En Norvège, par exemple, les problèmes psychologiques et psychiatriques n'occupent pas une place très importante dans le programme de formation des généralistes qui, néanmoins, doivent s'occuper des personnes souffrant des troubles mentaux les plus communs.
- Les fonds consacrés à la recherche sont parfois mal utilisés : à cet égard, l'on observe une importante ligne de démarcation dans la Région européenne entre, d'une part, les pays disposant de systèmes d'information bien développés qui investissent également dans la recherche et la diffusion des résultats, notamment les pays de l'UE15, et les pays où ces activités font défaut. Si ces données étaient recoupées avec celles sur la présence de services de proximité et la diversité de la main-d'œuvre, il en ressortirait un lien évident. Comme le nombre de pays consentant un important investissement à la recherche est très limité, l'on peut conclure que la plupart des pays n'ont probablement pas accès à des études originales. En d'autres termes, beaucoup de pays analysent des résultats de recherche identiques, et publient probablement des recommandations comparables en matière de traitement. Une collaboration plus étroite permettrait par conséquent des gains considérables en termes de qualité et d'efficacité.

¹ Il s'agit des pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède.

Le fardeau de la santé mentale en Europe – quelques points et chiffres essentiels

Ces dernières années, la plupart des pays européens ont reconnu l'importance de la santé mentale. Les troubles neuropsychiatriques sont en effet la deuxième cause principale des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) dans la Région européenne de l'OMS, et concourent à 19,5 % de la totalité des AVCI.

Selon les toutes dernières données disponibles à ce sujet (2002), les troubles neuropsychiatriques sont la première cause des années vécues avec une invalidité (AVI) en Europe, et représentent 39,7 % de celles attribuables à toutes les causes. Les troubles dépressifs unipolaires sont responsables à eux seuls de 13,7 % des AVI, ce qui en fait de loin la première cause des maladies chroniques en Europe². La maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence sont la septième cause principale des maladies chroniques en Europe, et concourent à 3,8 % de la totalité des AVI. La schizophrénie et les troubles bipolaires sont chacun responsable de 2,3 % de toutes les AVI.

Les taux de suicide sont élevés dans la Région européenne. Le taux de prévalence moyen est de 15,1 pour 100 000 habitants, les taux les plus élevés étant observés dans les pays de la CEI (22,7 pour 100 000 habitants) suivis par les nouveaux adhérents à l'UE depuis 2004³ (15,5 pour 100 000 habitants).

Contexte de l'étude

Les ministères de la Santé des pays participants étaient chargés de fournir les données de ce rapport. Quarante-deux pays de la Région européenne de l'OMS ont collaboré au projet :

- l'ensemble des 27 pays de l'UE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède ;
- sept pays d'Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine (Fédération de Bosnie-Herzégovine et Republika Srpska), Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Monténégro, Serbie et Turquie ;
- cinq pays de la CEI : Azerbaïdjan, Fédération de Russie, Géorgie, Moldova et Ouzbékistan ;
- Israël, Norvège et Suisse.

² *Global burden of disease estimates*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, accessed 8 May 2008).

³ Nouveaux adhérents à l'UE depuis 2004 : Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovénie.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

INFORMATIONS TECHNIQUES :

Dr Matt Muijen
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 13 91
Portable : +45 51 20 19 36
Fax : +45 39 17 18 80
Courriel : mfm@euro.who.int

INFORMATIONS DESTINÉES À LA PRESSE :

Mme Liuba Negru
Chargée des relations avec la presse et les médias
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Portable : +37 258 509 081 ou +45 20 45 92 74
Courriel : lne@euro.who.int

Mme Tina Kiær
Responsable de l'information, santé mentale
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 12 50
Portable : +45 24 65 80 63
Fax : +45 39 17 18 80
Courriel : tki@euro.who.int