



RAPPORT  
SUR LA SANTÉ  
DANS LE MONDE  
*2001*

*La santé mentale :*  
*Nouvelle conception, nouveaux espoirs*

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

1. Santé mentale 2. Troubles mentaux 3. Dispensaire hygiène mentale  
4. Coût maladie 5. Prévision 6. Santé mondiale – orientations  
I. Titre : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs

ISBN 92 4 256201 7 (Classification NLM : WA 540.1)  
ISSN 1020-332X

L'Organisation mondiale de la Santé accueille favorablement des demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions ainsi que les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la Santé, 2001  
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent, tableaux et cartes compris, n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.  
Des renseignements sur cette publication peuvent être obtenus auprès du :

Rapport sur la santé dans le monde  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27, Suisse  
Fax : (41 22) 791 4870  
Adresse Internet : whr@who.int  
Adresse pour les commandes : bookorders@who.int

Les principaux auteurs du présent rapport sont Rangaswamy Srinivasa Murthy (rédacteur en chef), José Manoel Bertolote, JoAnne Epping-Jordan, Michelle Funk, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno et Shekhar Saxena. Le rapport a été établi sous la direction d'un comité d'orientation composé de : Susan Holck, Christopher Murray (Président), Rangaswamy Srinivasa Murthy, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno et Derek Yach.

Toute l'équipe du rapport tient à remercier Gavin Andrews, Sarah Assamagan, Myron Belfer, Tom Bornemann, Meena Cabral de Mello, Somnath Chatterji, Daniel Chisholm, Alex Cohen, Leon Eisenberg, David Goldberg, Steve Hyman, Arthur Kleinmann, Alan Lopez, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Maristela Monteiro, Philip Musgrove, Norman Sartorius, Chitra Subramanian, Naren Wig et Derek Yach.

Un groupe consultatif interne et un groupe régional de référence, dont les membres sont énumérés dans l'appendice, ont apporté une précieuse contribution à cette entreprise. Toute l'équipe du rapport tient à exprimer sa reconnaissance aux Directeurs régionaux, aux Directeurs exécutifs du Siège de l'OMS et aux conseillers spéciaux du Directeur général pour l'aide et les conseils supplémentaires qu'ils lui ont fournis.

La mise au point du présent rapport a été assurée par Angela Haden et Barbara Campanini, et la traduction en français par Jean-Claude Guyonnet, Béatrice Petit et Agnès Pollet. L'établissement des tableaux et figures a été coordonné par Michel Beusenberg. La coordination de la traduction et autres services administratifs de l'équipe du Rapport sur la santé dans le monde ont été assurés par Shelagh Probst, avec l'assistance de Pearl Harley. L'index a été établi par Liza Furnival.

*L'illustration de couverture reprend le logo de la Journée mondiale de la Santé 2001 imaginé par Marc Bizet.*

Conception graphique : Marilyn Langfeld. Présentation graphique : GRA/OMS  
Imprimé en France  
2001/13757 – Sadag – 7000

---

# TABLE DES MATI...RES

---

<b>MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL</b>	<b>IX</b>
<hr/>	
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>XI</b>
Trois scénarios d'action	xiii
Grandes lignes du rapport	xiv
<hr/>	
<b>CHAPITRE UN</b>	
<b>LA SANTÉ MENTALE VUE SOUS L'ANGLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</b>	<b>1</b>
Introduction	3
Mieux comprendre la santé mentale	5
Progrès des neurosciences	5
Progrès de la médecine du comportement	8
Mieux comprendre les troubles mentaux et du comportement	10
Facteurs biologiques	12
Facteurs psychologiques	12
Facteurs sociaux	13
Une démarche de santé publique intégrée	16
<hr/>	
<b>CHAPITRE DEUX</b>	
<b>IMPACT DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT</b>	<b>19</b>
Définition des troubles	21
Diagnostic des troubles	21
Prévalence des troubles	23
Troubles observés dans les structures de soins de santé primaires	23
Impact des troubles	24
Coûts économiques pour la société	26
Incidence sur la qualité de la vie	29
Quelques troubles courants	29
Troubles dépressifs	29
Troubles liés à l'utilisation de substances	30
Schizophrénie	33
Epilepsie	34
Maladie d'Alzheimer	34
Retard mental	35
Troubles de l'enfance et de l'adolescence	36
Comorbidité	37
Suicide	37
Déterminants des troubles mentaux et du comportement	39
Pauvreté	39
Sexe	41
Age	43
Conflits et catastrophes	43
Maladies physiques graves	44
Contexte social et familial	44

---

 CHAPITRE TROIS

<b>RÉSOLUTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE</b>	<b>47</b>
Une discipline en pleine mutation	49
Principes généraux en matière de soins	54
Diagnostic et intervention	55
Continuité des soins	55
Gamme étendue de services	56
Partenariat avec les patients et leur famille	56
Implication de la communauté locale	58
Intégration aux soins de santé primaires	59
Composantes des soins	60
Pharmacothérapie	61
Psychothérapie	62
Réadaptation psychosociale	63
Réinsertion professionnelle et emploi	63
Logement	64
Exemples d'efficacité	65
Dépression	65
Dépendance alcoolique	67
Pharmacodépendance	68
Schizophrénie	69
Épilepsie	70
Maladie d'Alzheimer	71
Retard mental	72
Troubles hyperkinétiques	73
Prévention du suicide	74

---

 CHAPITRE QUATRE

<b>POLITIQUE ET PRESTATIONS DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE</b>	<b>77</b>
Elaboration de la politique	79
Système de santé et mécanismes de financement	80
Formulation de la politique de santé mentale	82
Mise en place d'une base d'information	83
Accent sur les groupes vulnérables et sur certains problèmes	84
Respect des droits de l'homme	86
Législation de la santé mentale	87
Prestation des services	87
Déplacement des soins en dehors des grands hôpitaux psychiatriques	90
Développement des services communautaires de santé mentale	90
Intégration des soins de santé mentale dans les services généraux de santé	92
Mesures destinées à garantir la disponibilité des psychotropes	94
Création de liens intersectoriels	94
Choix des stratégies de santé mentale	95
Achat ou prestation des services : rôle des secteurs public et privé	96
Développement des ressources humaines	98
Promotion de la santé mentale	100
Sensibilisation de la population	101
Rôle des médias	101
Utiliser les ressources communautaires pour stimuler le changement	102

Implication d'autres secteurs	104	
Travail et emploi	105	
Commerce et économie	105	
Education	105	
Logement	106	
Autres services d'aide sociale	106	
Système judiciaire	106	
Promotion de la recherche	107	
Recherche épidémiologique	107	
Recherche sur les résultats du traitement, de la prévention et de la promotion	107	
Recherche sur les politiques et les services	108	
Recherche économique	108	
Recherche dans les pays en développement et comparaisons transculturelles	108	
<hr/>		
<b>CHAPITRE CINQ</b>		
<b>LA VOIE DU PROGR...S</b>	<b>111</b>	
Offrir des solutions efficaces	113	
Recommandations générales	114	
Mesures à prendre en fonction des ressources	116	
<hr/>		
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>121</b>	
<hr/>		
<b>ANNEXE STATISTIQUE</b>	<b>133</b>	
Annexe statistique/Notes explicatives	134	
Tableau 1 de l'annexe	Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres	140
Tableau 2 de l'annexe	Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 2000	148
Tableau 3 de l'annexe	Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 2000	154
Tableau 4 de l'annexe	Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2000	160
Tableau 5 de l'annexe	Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1998	164
<hr/>		
<b>ÉTATS MEMBRES</b>	<b>172</b>	
<hr/>		
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>174</b>	
<hr/>		
<b>INDEX</b>	<b>175</b>	

---

**TABLEAUX**

Tableau 2.1	Prévalence de troubles psychiatriques majeurs dans les structures de soins de santé primaires	24
Tableau 2.2	Prévalence des troubles de l'enfance et de l'adolescence d'après certaines études	36
Tableau 2.3	Relation entre la violence domestique et les intentions suicidaires	42
Tableau 3.1	Consultation des services professionnels pour problèmes mentaux, Australie, 1997	54
Tableau 3.2	Dépression : efficacité de différentes interventions	66
Tableau 3.3	Schizophrénie : efficacité de différentes interventions	70
Tableau 3.4	Epilepsie : efficacité de différentes interventions	71
Tableau 4.1	Effets du transfert des fonctions des hôpitaux psychiatriques traditionnels dans des services communautaires	91
Tableau 4.2	Collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé mentale	104
Tableau 5.1	Mesures minimales en faveur de la santé mentale en application des recommandations générales	118

---

**FIGURES**

Figure 1.1	Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement	4
Figure 1.2	Représentations du cerveau	6
Figure 1.3	Continuum des symptômes dépressifs dans la population	11
Figure 1.4	Cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux	14
Figure 1.5	Rapport moyen femmes/hommes pour l'usage de substances psychotropes dans certains pays	16
Figure 2.1	Part des affections neuropsychiatriques dans la charge totale de morbidité, dans le monde et dans les Régions OMS, estimations pour 2000	26
Figure 2.2	Principales causes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), tous âges confondus et chez les 15-44 ans, par sexe, estimations pour 2000	27
Figure 2.3	Principales causes d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI), tous âges confondus et chez les 15-44 ans, par sexe, estimations pour 2000	28
Figure 2.4	Evolution des taux comparatifs de suicide par âge au cours de périodes données dans des pays de plus de 100 millions d'habitants	38
Figure 2.5	Le suicide parmi les premières causes de décès chez les 15-34 ans dans certains pays de la Région européenne et en Chine, 1998	39
Figure 2.6	Prévalence de la dépression dans les groupes à faible revenu par rapport aux groupes à haut revenu, dans certains pays	40
Figure 3.1	Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux	60
Figure 4.1	Présence de politiques et de législation de santé mentale, pourcentage d'Etats Membres par Région OMS, 2000	81
Figure 4.2	Obstacles à la mise en oeuvre d'interventions efficaces pour les troubles mentaux	87
Figure 4.3	Lits psychiatriques pour 10 000 habitants par Région OMS, 2000	88
Figure 4.4	Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants, 2000	98
Figure 4.5	Nombre d'infirmiers(ères) psychiatriques pour 100 000 habitants, 2000	99

---

**ENCADRÉS**

Encadré 1.1	Le cerveau : le prix Nobel récompense une nouvelle conception	7
Encadré 1.2	Douleur et bien-être	8
Encadré 1.3	Observance des conseils des médecins	9
Encadré 2.1	Troubles mentaux et du comportement classés dans la CIM-10	22
Encadré 2.2	Charge mondiale de morbidité, 2000	25
Encadré 2.3	Tabagisme et troubles mentaux	31
Encadré 2.4	Point de vue des pauvres sur les maladies du corps et de l'esprit	41
Encadré 3.1	Paroles d'hier ou d'aujourd'hui ?	50
Encadré 3.2	Violation des droits des malades dans les hôpitaux psychiatriques	51
Encadré 3.3	Déclaration de Caracas	53
Encadré 3.4	Rôle des consommateurs dans les soins de santé mentale	56
Encadré 3.5	Partenariats avec les familles	58
Encadré 3.6	Création d'emplois dans la communauté	64
Encadré 3.7	Veiller au bien-être des grands-parents de demain	72
Encadré 3.8	Prévention du suicide : deux approches nationales	74
Encadré 4.1	Le projet Atlas	80
Encadré 4.2	Formulation de la politique : les questions clés	82
Encadré 4.3	Réforme de la santé mentale en Ouganda	83
Encadré 4.4	Réforme de la santé mentale en Italie	88
Encadré 4.5	Réforme de la santé mentale en Australie	89
Encadré 4.6	Services de santé mentale : déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales	90
Encadré 4.7	Intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires	92
Encadré 4.8	Liens intersectoriels pour la santé mentale	94
Encadré 4.9	Non à la stigmatisation	102
Encadré 4.10	L'Initiative de Genève	103

## MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

La maladie mentale n'est pas un échec personnel. Elle n'est pas non plus une chose qui n'arrive qu'aux autres. Il n'y a pas si longtemps encore, nous ne pouvions pas parler ouvertement du cancer. C'était un secret de famille. Aujourd'hui, beaucoup d'entre nous ne veulent toujours pas parler du SIDA. Mais les barrières tombent une à une.

Le slogan de la Journée mondiale de la Santé était « Non à l'exclusion – Oui aux soins ». Rien ne justifie en effet que l'on mette au ban de la société ceux qui souffrent d'un trouble mental ou cérébral : tout le monde y a sa place. Pourtant, nombre d'entre nous continuent à se détourner d'eux ou à feindre de les ignorer. Il semble que nous n'osons même pas chercher à comprendre, pour leur venir en aide. Le Rapport a pour sous-titre « Nouvelle conception, nouveaux espoirs ». Il montre comment la science, guidée par la sensibilité humaine, s'emploie à abattre les barrières réelles ou imaginaires qui font obstacle aux soins et aux traitements. La nouvelle conception qui se fait jour est porteuse d'espoir pour les malades mentaux. On commence en effet à comprendre comment des facteurs génétiques, biologiques, sociaux et environnementaux se conjuguent pour provoquer les maladies mentales et cérébrales, à quel point la santé mentale et la santé physique sont indissociables et leurs effets réciproques complexes et profonds. Et ce n'est là qu'un début, car parler de la santé sans mentionner la santé mentale revient à accorder un instrument en oubliant quelques notes.

La position de l'OMS est simple : la santé mentale, trop longtemps négligée, est capitale pour le bien-être des individus, des sociétés et des pays, et doit être considérée sous un jour nouveau.

L'Assemblée générale des Nations Unies célèbre cette année le dixième anniversaire de la déclaration des droits des malades mentaux à une protection et à des soins. Je pense que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* nous remet en mémoire les principes énoncés par les Nations Unies il y a dix ans. Selon l'un d'eux, aucune discrimination ne doit s'exercer sous le prétexte d'une maladie mentale. Un deuxième stipule que, dans la mesure du possible, chaque malade est en droit d'être soigné dans sa propre communauté, et un troisième souligne le droit de tout patient à être placé dans un environnement aussi peu restrictif que possible et à y recevoir le traitement le moins astreignant ou envahissant qui puisse lui être administré.

Tout au long de l'année, nos Etats Membres se sont associés à notre combat en s'intéressant plus particulièrement à certains aspects – médicaux, sociaux ou politiques – de la santé mentale. Cette année aussi, l'OMS appuie la préparation et le lancement de campagnes de prise en charge de la dépression et de prévention du suicide, ainsi que de lutte contre la schizophrénie et l'épilepsie. L'Assemblée mondiale de la Santé de 2001 a examiné la santé mentale dans toutes ses dimensions. Pour nous qui travaillons à l'Organisation mondiale de la Santé et pour la grande communauté des professionnels de la santé, ce surcroît d'attention est à la fois une chance et un défi.



DG ról a tñB rurlard



Il reste encore beaucoup à faire. Nous ne savons même pas combien de personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, alors que ces soins sont disponibles et peuvent être obtenus sans dépenses excessives. Les estimations initiales donnent à penser que 450 millions de personnes actuellement en vie ont un trouble mental ou neurologique ou des problèmes psychosociaux tels que ceux que provoque l'abus d'alcool et de drogues. Nombre d'entre elles souffrent en silence et beaucoup souffrent seules. Au-delà des souffrances et de l'absence de soins, ce sont la stigmatisation, la honte, l'exclusion et, plus souvent que nous ne voulons l'admettre, la mort qui les menacent.

La dépression majeure est aujourd'hui la première cause d'incapacité dans le monde et figure au quatrième rang des principales causes de morbidité. A en croire les projections, elle aura dans une vingtaine d'années le triste privilège d'accéder à la seconde place. On compte dans le monde 70 millions d'alcoolodépendants, 50 millions environ d'épileptiques et 24 millions de schizophrènes. Un million de personnes se suicident chaque année et 10 à 20 millions font une tentative de suicide.

Rares sont les familles qui ne sont pas touchées par des troubles mentaux.

Une personne sur quatre sera atteinte d'un trouble mental à un moment de son existence. Le risque de contracter certaines affections, comme la maladie d'Alzheimer, augmente avec l'âge. Compte tenu du rajeunissement de la population mondiale, la situation ne peut qu'empirer. L'impact social et économique des maladies mentales est énorme.

Nous savons aujourd'hui que la plupart des maladies mentales et physiques sont influencées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Notre compréhension de la corrélation entre santé mentale et santé physique fait de rapides progrès. Nous savons que les troubles mentaux résultent de nombreux facteurs et ont une origine physique dans le cerveau. Nous savons aussi qu'ils n'épargnent personne, nulle part. Et nous savons enfin qu'ils peuvent le plus souvent être soignés efficacement.

Le présent rapport traite des dépressions, de la schizophrénie, du retard mental, des troubles de l'enfance et de l'adolescence, de la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool, de la maladie d'Alzheimer et de l'épilepsie. Toutes ces affections sont répandues et provoquent en général de graves incapacités. L'épilepsie n'est pas un problème de santé mentale, mais nous l'avons incluse dans cette liste parce qu'elle suscite les mêmes réactions de rejet, d'ignorance et de crainte que les maladies mentales.

Notre rapport passe en revue l'ensemble des connaissances sur l'incidence actuelle et future de tous ces troubles et sur leurs principaux facteurs. Il examine l'efficacité de la prévention et les traitements disponibles ainsi que les obstacles à ces traitements, en insistant sur la prestation et la planification des services. Enfin, il décrit les politiques nécessaires pour mettre fin aux préjugés et à la discrimination, et installer des services de prévention et de traitement efficaces et convenablement financés.

Tout au long de ce document, nous nous efforçons de montrer de diverses manières que nous avons les moyens et les connaissances scientifiques requis pour aider les gens qui souffrent de troubles mentaux et cérébraux. Malheureusement, tant les gouvernements que la communauté de la santé publique ont fait preuve de négligence. Par accident ou par dessein, nous sommes tous responsables de cette situation. En tant que principale organisation de santé publique dans le monde, l'OMS n'a pas le choix : il lui appartient de veiller à ce que notre génération soit la dernière à laisser la honte et la stigmatisation prendre le pas sur la science et la raison.



Docteur Gro Harlem Brundtland  
Genève  
Octobre 2001

---

## RÉSUMÉ

Cette très importante publication de l'Organisation mondiale de la Santé a pour objectif d'informer le grand public et les professionnels de la morbidité réelle due aux troubles mentaux, ainsi que de leur coût humain, social et économique. Par la même occasion, elle vise à renverser un grand nombre d'obstacles, notamment la stigmatisation, la discrimination et l'insuffisance des services, qui empêchent des millions de personnes dans le monde de recevoir le traitement dont elles ont besoin et qu'elles méritent.

A de nombreux égards, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* propose une nouvelle conception des troubles mentaux qui est de nature à donner, dans tous les pays et toutes les sociétés, un regain d'espoir aux malades mentaux et à leurs familles. Il passe en revue de manière exhaustive ce que l'on sait de l'impact actuel et futur de ces troubles et des principaux facteurs qui y contribuent. Il examine la prévention et l'existence de traitements, ainsi que les obstacles à l'utilisation de ces derniers. Il traite en détail de la prestation des services et de la planification. Enfin, il conclut par une série de recommandations que chaque pays peut adapter à ses besoins et à ses ressources.

Les dix recommandations concernant les mesures à prendre sont les suivantes :

### 1. TRAITER LES TROUBLES AU NIVEAU DES SOINS PRIMAIRES

La prise en charge et le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires est une mesure fondamentale qui permettra au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services. De fait, beaucoup de malades s'adressent déjà à ce niveau. Non seulement y sont-ils mieux soignés, mais ils évitent ainsi les examens superflus ainsi que les traitements inadaptés ou non spécifiques. Pour un tel résultat, il faut enseigner au personnel de santé générale les bases essentielles de la santé mentale. Cette formation garantit un usage optimum du savoir actuel au profit du plus grand nombre et permet d'intervenir sans délai. La santé mentale doit donc figurer au programme de la formation initiale et des cours de remise à niveau du personnel afin que les troubles mentaux soient mieux pris en charge par les services de santé générale.

### 2. ASSURER LA DISPONIBILITÉ DES PSYCHOTROPES

Les psychotropes essentiels doivent être disponibles en permanence à tous les niveaux de soins. Ils doivent figurer sur la liste de médicaments essentiels de tous les pays et les meilleurs médicaments indiqués pour une affection donnée doivent être fournis chaque fois que possible. Certains pays devront modifier la loi en conséquence. Ces médicaments permettent d'atténuer les symptômes, de réduire les incapacités, d'écourter la durée de nombreux troubles et de prévenir les rechutes. Ils constituent souvent le traitement de première intention, surtout en l'absence d'interventions psychosociales et de personnel hautement qualifié.

### 3. SOIGNER AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

Les soins communautaires influent plus favorablement que le traitement en institution sur l'issue des troubles mentaux chroniques et sur la qualité de vie des personnes qui en

souffrent. Ils sont aussi plus économiques et plus respectueux des droits de l'homme. Les services de santé mentale doivent donc être assurés dans la communauté à l'aide de toutes les ressources disponibles. Les services à assise communautaire sont propices à une intervention précoce et limitent la stigmatisation associée au traitement. Les grands hôpitaux psychiatriques de type carcéral doivent être remplacés par des structures de soins communautaires qui, renforcées par la mise en place de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux et d'une aide à domicile, pourvoient à tous les besoins des malades autrefois soignés à l'hôpital. De telles structures nécessitent des agents de santé et des services de réadaptation au niveau local ainsi que des dispositifs d'aide d'urgence, d'hébergement et d'emploi protégé.

#### **4. EDUQUER LE GRAND PUBLIC**

Tous les pays devraient mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du grand public portant sur la santé mentale. Le but essentiel est de réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant l'opinion de la fréquence des troubles mentaux, des possibilités de traitement, des chances de guérison et des droits des malades. Il faut aussi faire largement connaître les différentes options thérapeutiques et leurs avantages afin que la population, les professionnels, les médias, les décideurs et les politiciens agissent en parfaite connaissance de cause. Un certain nombre de pays et d'organisations nationales et internationales ont déjà fait de cette mesure une priorité. Bien planifiées, les campagnes de sensibilisation et d'éducation peuvent faire reculer la stigmatisation et la discrimination, inciter les malades à utiliser les services de santé mentale et réduire l'écart entre santé mentale et santé physique.

#### **5. ASSOCIER LES COMMUNAUTÉS, LES FAMILLES ET LES CONSOMMATEURS**

Les communautés, les familles et les consommateurs doivent prendre part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés. En outre, les interventions doivent tenir compte de l'âge, du sexe, de la culture et de la condition sociale des personnes visées afin de répondre à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

#### **6. ADOPTER DES POLITIQUES, DES PROGRAMMES ET UNE LÉGISLATION AU NIVEAU NATIONAL**

Une action efficace et prolongée en santé mentale passe par l'adoption d'une politique, de programmes et d'une législation. Ceux-ci doivent reposer sur les connaissances actuelles et sur le respect des droits de l'homme. La plupart des pays doivent augmenter le budget actuellement trop modeste qu'ils consacrent aux programmes de santé mentale. Certains ont récemment adopté une politique et une législation, ou les ont modifiées, et progressé dans la mise en œuvre de leurs programmes de soins. La réforme de la santé mentale doit s'inscrire dans la réforme du système de santé en général. Afin de faciliter l'accès au traitement et de réduire la charge financière des soins, les régimes d'assurance-maladie ne doivent pas défavoriser les personnes atteintes de troubles mentaux.

#### **7. DÉVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES**

La plupart des pays en développement doivent intensifier et améliorer la formation des professionnels de santé mentale qui dispenseront des soins spécialisés tout en soutenant les programmes de soins de santé primaires. Ces spécialistes sont actuellement trop peu nombreux pour satisfaire les besoins des services de santé mentale. Une fois formés, ils devraient être encouragés à rester dans leur pays à des postes où ils puissent exploiter au

maximum leurs compétences. Le développement des ressources humaines est particulièrement important dans les pays qui n'ont encore que peu de ressources. Les soins primaires offrent le cadre le mieux adapté aux soins initiaux, mais, pour assurer une gamme plus complète de services, il faut des spécialistes. Dans l'idéal, les équipes spécialisées devraient se composer de professionnels formés dans des disciplines médicales et autres que médicales tels que psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers(ères) psychiatriques, travailleurs sociaux compétents en psychiatrie et ergothérapeutes pouvant collaborer efficacement à une prise en charge complète des patients et à leur intégration dans la communauté.

## 8. ETABLIR DES LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Il faut faire en sorte que des secteurs autres que la santé, notamment ceux de l'éducation, du travail, de la protection sociale et de la justice, ainsi que les organisations non gouvernementales contribuent à améliorer la santé mentale des communautés. Les organisations non gouvernementales devraient jouer beaucoup plus précocement un rôle mieux défini et être encouragées à soutenir davantage les initiatives locales.

## 9. SURVEILLER LA SANTÉ MENTALE DES COMMUNAUTÉS

Il convient de surveiller la santé mentale des communautés en faisant figurer dans les systèmes d'information et de notification sanitaires des indicateurs qui renseignent à la fois sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux et sur la qualité des soins qu'elles reçoivent, tout en donnant des informations plus générales sur la santé mentale des communautés. Une telle surveillance aide à dégager les tendances et à repérer les changements de l'état de santé mentale dus à des événements extérieurs comme une catastrophe naturelle. Elle sert à évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement et fournit des arguments pour obtenir des ressources supplémentaires. De nouveaux indicateurs sur la santé mentale des communautés sont nécessaires.

## 10. SOUTENIR LA RECHERCHE

De nouvelles recherches devront être entreprises sur les aspects biologiques et psychosociaux de la santé mentale si l'on veut mieux appréhender les troubles mentaux et mettre au point des interventions plus efficaces. Ces travaux devraient être effectués dans un vaste contexte international afin de comprendre les variations entre communautés et de se faire une idée plus précise des facteurs qui influent sur l'apparition, l'évolution et l'issue des troubles mentaux. Il est urgent de renforcer le potentiel de recherche des pays en développement.

## TROIS SCÉNARIOS D'ACTION

Une action internationale est indispensable pour que ces recommandations soient suivies d'effet, car de nombreux pays n'ont pas les ressources nécessaires. Les organismes techniques et d'aide au développement des Nations Unies et d'autres instances peuvent les aider à mettre en place une infrastructure de santé mentale, à former du personnel et à développer leur potentiel de recherche.

Le rapport s'achève sur trois « scénarios d'action », destinés à guider les pays, qui tiennent compte des différences de niveau des ressources nationales pour la santé mentale dans le monde. Le scénario A, par exemple, s'applique aux pays économiquement pauvres où ces ressources sont inexistantes ou très limitées. Même dans ces conditions, il est possible d'adopter des mesures spécifiques telles que la formation de tout le personnel, la mise à disposition des médicaments essentiels dans toutes les structures de santé et le transfert des malades mentaux actuellement emprisonnés. Pour les pays ayant des ressources mo-

destes, le scénario B suggère notamment de fermer les hôpitaux psychiatriques de type carcéral et de prendre des mesures pour intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé générale. Le scénario C, destiné aux pays qui ont le plus de ressources, propose d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux au niveau des soins de santé primaires, de faciliter l'accès aux nouveaux médicaments et de mettre en place des structures de soins communautaires ayant une couverture de 100 %.

Les recommandations ci-dessous sont tirées du corps du rapport.

## GRANDES LIGNES DU RAPPORT

Le **chapitre 1** présente au lecteur une nouvelle conception de la santé mentale et explique pourquoi celle-ci est aussi importante que la santé physique pour le bien-être général des individus, des familles, des sociétés et des communautés.

La santé mentale et la santé physique sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés entre eux et étroitement interdépendants. Les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent que les troubles mentaux et du comportement sont, comme les maladies physiques, le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

A mesure que progresse la révolution moléculaire, les chercheurs acquièrent les moyens de visualiser l'activité du cerveau humain vivant qui accompagne les sensations et la pensée, et de comprendre pourquoi il fonctionne parfois moins bien qu'il ne le devrait. Les futurs progrès leur permettront de mieux comprendre le lien entre cet organe et les fonctions complexes à la base de la vie mentale et du comportement. Les avancées de l'imagerie cérébrale et d'autres techniques d'investigation permettront d'observer en temps réel le système nerveux en action.

En attendant, les observations scientifiques réalisées par la médecine du comportement prouvent que la santé mentale et la santé physique sont fondamentalement associées (la dépression est, par exemple, un facteur prédictif de la survenue d'une cardiopathie). La recherche montre qu'il existe deux grandes voies par lesquelles elles s'influencent mutuellement.

L'une de ces voies est celle des systèmes physiologiques, tels que la fonction neuroendocrinienne et la fonction immunitaire. L'anxiété et la dépression, par exemple, déclenchent une cascade d'altérations de ces fonctions et accentuent la prédisposition à toute une série de maladies physiques.

La deuxième voie est celle du comportement sanitaire, qui recouvre des activités telles que l'alimentation, l'exercice physique, les pratiques sexuelles, l'usage du tabac et l'observance des traitements médicaux. Le comportement sanitaire d'une personne dépend, dans une large mesure, de sa santé mentale. Des observations récentes montrent par exemple que les jeunes présentant certains troubles psychiatriques, tels que la dépression et la pharmacodépendance, ont davantage tendance à fumer et à se livrer à des pratiques sexuelles à haut risque.

Des facteurs psychologiques particuliers sont également liés à la survenue de troubles mentaux. Les relations que nouent les enfants durant leurs premières années avec leurs parents ou d'autres éducateurs ont une importance primordiale. Quelle qu'en soit la cause précise, ceux qui sont privés d'affection risquent davantage de présenter des troubles mentaux et du comportement au cours de l'enfance ou dans la suite de l'existence. Des facteurs sociaux comme l'urbanisation, la pauvreté et le progrès technologique jouent aussi un rôle considérable : la prévalence des troubles mentaux, notamment l'abus de substances, est plus élevée chez les pauvres et les démunis. Les lacunes de la couverture sont importantes pour la plupart des troubles mentaux, mais, chez les pauvres, elles sont particulièrement criantes.

Le **chapitre 2** commence par exposer les lacunes de la couverture thérapeutique, qui sont l'un des grands problèmes de la santé mentale aujourd'hui. Au tout début, il donne des indications sur l'ampleur et l'impact des troubles mentaux et du comportement. Ceux-ci sont courants : 20 à 25 % de la population mondiale vient à en souffrir un jour ou l'autre. Ils sont universels : tous les pays, toutes les sociétés et les individus de tous âges sont touchés. Ils ont des conséquences économiques importantes, tant directes qu'indirectes, sur les sociétés, y compris sur les coûts des services, et nuisent beaucoup à la qualité de vie des individus et des familles. On estime qu'en 2000, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 12 % environ du nombre total d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), toutes maladies et tous traumatismes confondus. On prévoit que d'ici 2020, la charge de morbidité qui leur est imputable aura augmenté de 15 %. Pourtant, seule une petite minorité des personnes actuellement touchées reçoivent un traitement.

Le chapitre présente ensuite un groupe de troubles courants qui entraînent généralement une incapacité grave ; il décrit comment les identifier et les diagnostiquer, ainsi que leurs répercussions sur la qualité de vie. Ce groupe comprend les troubles dépressifs, la schizophrénie, les toxicomanies, l'épilepsie, le retard mental, les troubles de l'enfance et de l'adolescence et la maladie d'Alzheimer. Bien que l'épilepsie soit à l'évidence un trouble neurologique, elle figure dans cette liste parce qu'elle était regardée autrefois comme un trouble mental et l'est encore dans de nombreuses sociétés. A l'instar des personnes atteintes de troubles mentaux, les épileptiques font l'objet d'une stigmatisation et sont sévèrement handicapés s'ils ne sont pas soignés.

Au nombre des facteurs qui déterminent la prévalence, la survenue et l'évolution de ces différents troubles figurent la pauvreté, le sexe, l'âge, les conflits et catastrophes, les maladies physiques graves, et le contexte familial et social. Il arrive souvent qu'un individu soit atteint de plusieurs troubles mentaux à la fois, l'association la plus fréquente étant celle de l'anxiété et des troubles dépressifs.

Le chapitre aborde enfin la question du lien entre suicide d'une part et troubles mentaux et du comportement d'autre part. Trois aspects du suicide ont de l'importance en santé publique. Premièrement, c'est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes dans la plupart des pays développés, ainsi que dans de nombreux pays en développement. Deuxièmement, les taux varient beaucoup selon le pays, le sexe et l'âge, ce qui témoigne d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. Troisièmement, c'est un problème qui prend depuis peu une importance croissante chez les jeunes et chez les femmes dans de nombreux pays. Sa prévention est traitée dans le chapitre suivant.

Le **chapitre 3** porte sur la résolution des problèmes de santé mentale. Il attire particulièrement l'attention sur le thème central du rapport, qui est repris avec insistance dans les recommandations générales. Il s'agit de la transition positive, recommandée pour tous les pays et déjà en cours dans certains, des soins institutionnels consistant à interner les malades mentaux dans des asiles, des hôpitaux de type carcéral ou des prisons vers des soins en communauté renforcés par la mise en place de lits dans les hôpitaux généraux pour les cas aigus.

Dans l'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle, la maladie mentale a été considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique ; la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux ont été traitées comme des patients médicaux. Toutefois, ces personnes, comme celles qui souffraient de nombreuses autres maladies et dont le comportement social était jugé indésirable, ont été isolées de la société et enfermées dans de grandes structures de type carcéral, les asiles d'aliénés, appelés par la suite hôpitaux psychiatriques. Cette tendance s'est ensuite exportée en Afrique, en Amérique et en Asie.

Au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la conception des soins de santé mentale a évolué, sous l'effet notamment de trois facteurs indépendants. Tout d'abord, la psychopharmacologie a fait des progrès remarquables, avec la découverte de nouvelles classes de médicaments, neuroleptiques et antidépresseurs en particulier, et la mise au point de nouvelles formes d'intervention psychosociale. Ensuite, le mouvement des droits de l'homme est devenu un véritable phénomène international, sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies nouvellement créée, et la démocratie a progressé dans le monde. Enfin, une composante mentale a été solidement intégrée au concept de santé défini par l'OMS, elle aussi de création récente. Ensemble, ces événements ont contribué à faire évoluer les soins vers le cadre communautaire, plus ouvert et plus souple, au détriment des grandes structures d'internement.

Le système asilaire présente de nombreux inconvénients : mauvais traitements fréquemment infligés aux patients, isolement géographique et professionnel des établissements et de leur personnel, insuffisance des procédures de notification et de compte rendu, erreurs de gestion et inefficacité de l'administration, mauvaise orientation des ressources financières, absence de formation du personnel et inadaptation des méthodes d'inspection et d'assurance de la qualité.

Les soins communautaires, en revanche, misent sur la qualité et permettent davantage aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement de prendre leur destin en main. En pratique, ils supposent la mise en place d'une grande diversité de services au niveau local. Ce processus, qui n'a même pas encore débuté dans bien des régions et pays, a pour objet d'assurer intégralement certaines fonctions protectrices de l'asile tout en évitant d'en perpétuer les aspects négatifs.

Les soins communautaires sont à la fois :

- proches du domicile, tant pour les admissions d'urgence dans les hôpitaux généraux que pour les séjours de longue durée dans des établissements communautaires ;
- en rapport avec les incapacités et les symptômes ;
- adaptés au diagnostic et aux besoins de chaque individu ;
- très variés, de manière à satisfaire tous les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement ;
- fondés sur une coordination entre professionnels de la santé mentale et institutions communautaires ;
- ambulatoires plutôt que fixes et couvrant le traitement à domicile ;
- dispensés en partenariat avec les gardes-malades et tenant compte de leurs besoins ;
- basés sur une législation conçue en fonction de ce type de soins.

Ce chapitre met toutefois en garde contre toute intention de fermer les hôpitaux psychiatriques sans prévoir de solutions de rechange communautaires et, inversement, de créer des structures communautaires sans fermer les hôpitaux psychiatriques. Les deux processus doivent être simultanés, coordonnés et progressifs. Une désinstitutionnalisation bien menée comporte trois grands volets :

- prévention des admissions injustifiées en hôpital psychiatrique par la mise en place de services communautaires ;
- réinsertion dans la communauté des patients institutionnalisés depuis longtemps en veillant à ce qu'ils soient bien préparés ; et
- création et maintien de systèmes de soutien communautaires pour les malades non institutionnalisés.

Les programmes de soins de santé mentale ne sont guère prioritaires dans maints pays en développement. Seul un petit nombre d'institutions, généralement surchargées, à court



de personnel et inefficaces, y dispensent ce type de soins ; les services reflètent une méconnaissance aussi bien des besoins des malades que des diverses méthodes de traitement et de soins disponibles. La majorité de la population n'a pas accès à des soins psychiatriques. Les seuls services disponibles sont dispensés par de grands hôpitaux psychiatriques difficiles d'accès et régis par une législation à visée souvent plus répressive que thérapeutique, qui deviennent des communautés à part, coupées du reste de la société.

En dépit de différences majeures, les soins de santé mentale dans les pays en développement et dans les pays développés se heurtent à un même problème : beaucoup de ceux à qui ils pourraient être profitables n'utilisent pas les services psychiatriques disponibles. Même dans les pays où ces services existent de longue date, moins de la moitié de ceux qui en auraient besoin y font appel, notamment parce qu'ils redoutent la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement et parce que ce qu'on leur propose ne correspond pas à leurs attentes.

Le chapitre passe en revue les grands principes des soins de santé mentale : diagnostic, intervention précoce, usage rationnel des techniques de traitement, continuité des soins et gamme étendue de services ; puis quelques autres principes importants : participation du consommateur, partenariat avec les familles, implication de la communauté locale et intégration aux soins de santé primaires. Il décrit également les trois composantes fondamentales des soins – pharmacothérapie, psychothérapie et réadaptation psychosociale – qui doivent toujours être présentes dans des proportions appropriées. Il aborde les questions de prévention, de traitement et de réadaptation à propos des troubles qui font l'objet d'une étude approfondie dans le rapport.

Le **chapitre 4** traite de la politique de santé mentale et de la prestation de services. La protection de la santé mentale, comme son amélioration, est une tâche complexe impliquant de multiples décisions. Elle oblige à dégager des priorités parmi les besoins, les maladies, les services, les traitements et les stratégies de prévention et de promotion, puis à faire des choix concernant leur financement. Elle suppose une bonne coordination des stratégies et des services entre eux et avec d'autres services tels que la sécurité sociale et l'éducation, ainsi qu'avec les interventions des pouvoirs publics dans les domaines de l'emploi et du logement. Enfin, elle oblige à contrôler et analyser les résultats afin d'adapter sans cesse les décisions aux problèmes qui se posent.

L'État, autorité de tutelle suprême en matière de santé mentale, est responsable de la mise en œuvre de ces activités complexes. L'élaboration et l'application de la politique sont au cœur de cette fonction de tutelle. La politique repère les principaux problèmes et objectifs ; définit les rôles respectifs du secteur public et du secteur privé dans le financement et la prestation ; détermine les stratégies et les modes d'organisation qui, dans le secteur public et éventuellement dans le secteur privé, permettront d'atteindre les objectifs de la santé mentale ; prévoit des mesures favorables au renforcement des moyens d'action et au développement institutionnel ; et, pour la hiérarchisation des dépenses, fixe des orientations qui relieront l'analyse des problèmes aux décisions d'affectation des ressources.

Le chapitre étudie en détail ces différentes questions, à commencer par le choix des mécanismes de financement permettant la prestation des services de santé mentale, tout en notant que les caractéristiques de ces mécanismes ne devraient pas être différentes de celles des services de santé en général. Les gens doivent être protégés des risques financiers catastrophiques, ce qui revient à réduire au minimum les paiements directs au profit de méthodes de prépaiement par le biais de l'impôt, de l'assurance sociale obligatoire ou de l'assurance privée volontaire. Les personnes en bonne santé doivent subventionner les malades par des mécanismes de prépaiement, et un bon système de financement doit aussi faire subventionner les pauvres par les riches, du moins dans une certaine mesure.

Le chapitre examine ensuite l'élaboration de la politique de santé mentale, souvent distincte de celle des politiques en matière d'alcool et de drogue. Or, ces trois types de politi-



ques doivent s'insérer dans l'ensemble complexe des grandes orientations de l'Etat en matière de santé, de protection sociale et d'aide sociale en général. Elles doivent prendre en compte les réalités sociales, politiques et économiques aux niveaux local, régional et national.

L'élaboration d'une politique doit reposer sur des informations à jour et fiables concernant la communauté, les indicateurs de santé mentale, les traitements efficaces, les stratégies de prévention et de promotion et les ressources de la santé mentale. Il convient de prévoir des révisions périodiques.

Les politiques doivent accorder une grande importance aux groupes vulnérables ayant des besoins particuliers en matière de santé mentale (enfants, personnes âgées, femmes maltraitées, réfugiés et personnes déplacées dans les pays en proie à la guerre civile ou à des conflits internes).

Elles doivent aussi s'attacher à prévenir les suicides, par exemple en limitant l'accès aux poisons et aux armes à feu et en détoxiquant le gaz domestique et les gaz d'échappement des véhicules. Elles veilleront à ce que des soins soient dispensés aux personnes à risque, comme celles qui souffrent de dépression, de schizophrénie ou de dépendance alcoolique, et se préoccuperont aussi de la lutte contre l'alcool et les drogues illicites.

Dans de nombreux pays, le budget de santé publique est principalement consacré au maintien des soins en institution, de sorte qu'il ne reste que de rares ressources, voire aucune, pour des services plus efficaces en communauté. Dans la plupart des pays, il faut évaluer, réévaluer et réformer les services de santé mentale afin de dispenser le meilleur traitement et les meilleurs soins existants. Le chapitre expose trois façons d'améliorer l'organisation des services, même avec des ressources limitées, de façon que ceux qui en ont besoin puissent les utiliser pleinement, à savoir : renoncer aux soins en établissement psychiatrique, développer les services communautaires de santé mentale et intégrer les soins de santé mentale dans les services généraux de santé.

Parmi les autres questions examinées dans le chapitre figurent les moyens d'assurer la disponibilité des psychotropes, la création de liens intersectoriels, le choix des interventions de santé mentale, le rôle du secteur public et du secteur privé dans la prestation des services, le développement des ressources humaines, la définition des rôles et des fonctions des agents de santé, et la promotion non seulement de la santé mentale mais aussi des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux. Sur ce dernier point, il est essentiel qu'une législation garantisse la protection de ces droits.

Une collaboration intersectorielle entre ministères s'impose pour que les politiques de santé mentale puissent tirer profit des grands programmes de l'Etat. En outre, une contribution du secteur de la santé mentale est nécessaire pour que toutes les activités et politiques gouvernementales favorisent la santé mentale et n'aillent pas à son encontre. Cette collaboration concerne le travail et l'emploi, le commerce et l'économie, l'éducation, le logement, les autres services d'aide sociale et le système judiciaire.

Le chapitre précise que les principaux obstacles à surmonter dans la communauté sont la stigmatisation et la discrimination, et qu'une approche sur plusieurs fronts, mobilisant notamment les médias et les ressources communautaires, est nécessaire pour inciter au changement.

Le **chapitre 5** renferme les recommandations et les trois scénarios d'action énumérés au début de ce résumé. Il apporte une note optimiste finale, en insistant sur l'existence de solutions aux problèmes mentaux et sur leur applicabilité. Grâce aux progrès scientifiques accomplis au niveau des traitements, la plupart des individus et des familles peuvent trouver une aide. Des stratégies pour la prévention de certains troubles viennent compléter l'action des traitements efficaces et de la réadaptation. Une politique et une législation de la santé mentale, à la fois bien conçues et novatrices, mettront les services à la portée de ceux qui en ont besoin. Cette nouvelle conception est synonyme de nouveaux espoirs.



## CHAPITRE UN

# *La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique*

*La santé mentale importe autant que la santé physique pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. Or, seule une petite minorité des 450 millions de personnes qui souffrent de troubles mentaux ou du comportement se fait soigner. Les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent qu'à l'instar de nombreuses maladies physiques, les troubles mentaux et du comportement sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. S'il reste encore beaucoup à apprendre à leur sujet, nous avons déjà les connaissances et les moyens nécessaires pour réduire l'impact des troubles mentaux et du comportement dans le monde.*

---

# 1

## LA SANTÉ MENTALE VUE SOUS L'ANGLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### INTRODUCTION

Chez chacun de nous, la santé physique et la santé mentale sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés et étroitement interdépendants. A mesure que l'on prend mieux conscience de cette corrélation, il devient toujours plus évident que la santé mentale revêt une importance vitale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

Malheureusement, dans la plupart des régions du monde, la santé mentale n'est pas considérée, tant s'en faut, comme aussi importante que la santé physique. De fait, elle a été largement ignorée ou négligée. C'est en partie à cette attitude qu'il faut attribuer la charge croissante de morbidité imputable aux maladies mentales dans le monde et les inégalités de traitement qui vont en s'aggravant. Aujourd'hui, quelque 450 millions de personnes souffrent d'une maladie mentale ou d'un trouble du comportement, mais seule une petite minorité reçoit des soins, même les plus élémentaires. Dans les pays en développement, la plupart des personnes gravement atteintes doivent supporter du mieux qu'elles peuvent divers maux tels que la dépression, la démence, la schizophrénie et la pharmacodépendance. Partout dans le monde, nombreuses sont celles qui subissent de mauvais traitements du fait de leur affection et deviennent les victimes de préjugés et d'une discrimination.

Le vieillissement des populations, l'aggravation des problèmes sociaux et les troubles civils rendent probables de nouvelles augmentations du nombre des malades. Quatre maladies mentales figurent déjà parmi les 10 principales causes d'incapacité dans le monde. Cette charge de morbidité croissante a un immense coût humain et économique.

On estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité : or, la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé. Il n'y a donc aucune commune mesure entre la charge de morbidité due à ces maladies et les sommes qui leur sont allouées. Plus de 40 % des pays n'ont aucune politique de santé mentale, plus de 30 %, pas de programme dans ce domaine, et plus de 90 %, aucune politique de santé mentale qui englobe les enfants et les adolescents. En outre, il arrive fréquemment que les troubles mentaux et du comportement ne bénéficient pas, dans les plans de santé, du même niveau de financement que les autres maladies, ce qui laisse peser sur les malades et leurs familles un lourd fardeau économique. Ainsi, les souffrances perdurent et les difficultés s'accroissent.

Pourtant, cette évolution n'est pas inéluctable. Depuis son origine, l'OMS reconnaît l'importance de la santé mentale, comme en témoigne la définition de la santé figurant dans sa Constitution : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Au cours de ces der-

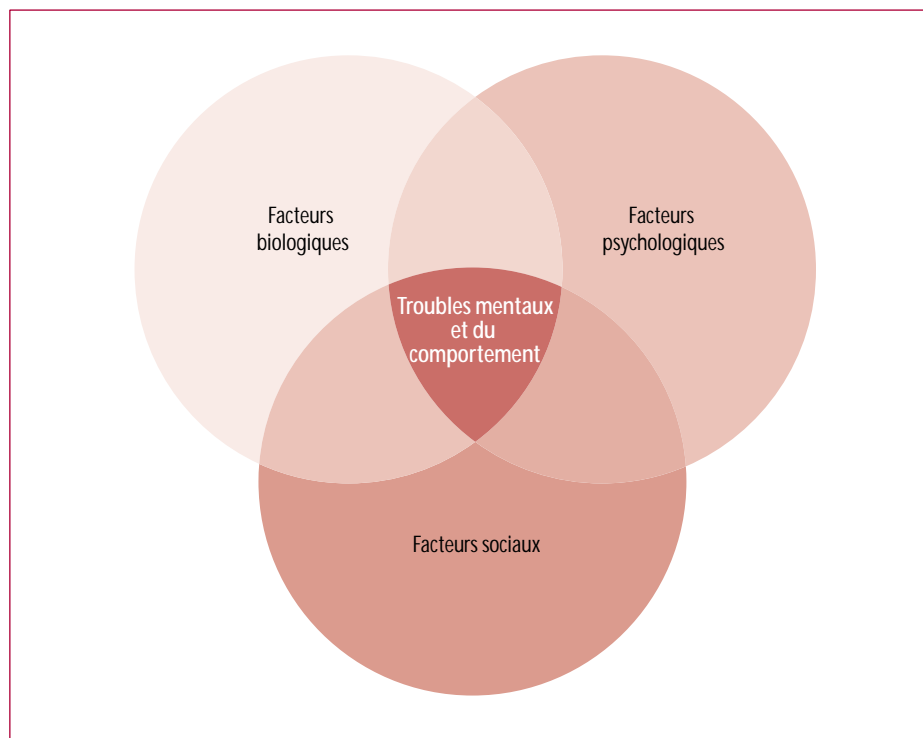
nières années, les immenses progrès réalisés dans de nombreux domaines des sciences biologiques et comportementales ont fait mieux ressortir la pertinence de cette définition en élargissant notre conception des fonctions mentales et de l'étroite relation entre santé mentale, santé physique et santé sociale. Cette nouvelle conception fait naître de nouveaux espoirs.

Nous savons aujourd'hui que la plupart des maladies mentales et physiques sont influencées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (voir la Figure 1.1). Nous savons que les troubles mentaux et du comportement ont une origine dans le cerveau. Nous savons qu'ils touchent des personnes de tous âges dans tous les pays et qu'ils affectent aussi bien les familles et les communautés que les individus. Nous savons aussi que, dans la plupart des cas, ils peuvent être diagnostiqués et traités dans des conditions rentables. Grâce à la somme de connaissances que nous avons acquise, les personnes atteintes de troubles mentaux ou du comportement peuvent maintenant espérer pouvoir vivre pleinement et de façon productive dans leur propre communauté.

Le présent rapport contient des informations sur l'état actuel des connaissances concernant les troubles mentaux et du comportement, leur ampleur et leur impact, les modes de traitement efficaces et les stratégies permettant d'améliorer la santé mentale par la mise en place de politiques et de services appropriés.

Il montre clairement que les Etats sont responsables de la santé mentale de leurs citoyens, de même que de leur santé physique. L'un des messages clés adressés à ces Etats concerne les asiles d'aliénés qui, lorsqu'il en existe encore, doivent être fermés et remplacés par des services communautaires bien organisés et des lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux. L'époque est révolue où l'on enfermait les personnes atteintes de troubles mentaux ou du comportement dans de sinistres institutions psychiatriques qui ressemblaient à des prisons. La très grande majorité des malades mentaux ne sont pas violents. Seule une

**Figure 1.1 Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement**



faible proportion des troubles mentaux et du comportement est associée à un risque accru de violence, dont la probabilité peut être réduite grâce à des services complets de santé mentale.

En tant qu'autorités de tutelle suprêmes de tout système de santé, les Etats doivent veiller à l'élaboration et à l'exécution des politiques de santé mentale. Le rapport recommande de nombreuses réformes que les pays devraient adopter, par exemple l'intégration des soins et services de santé mentale dans le système général de santé, plus particulièrement au niveau des soins de santé primaires. Cette démarche a été adoptée avec succès dans un certain nombre de pays. Dans de nombreuses régions du monde, il reste cependant beaucoup à faire.

## MIEUX COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale a été diversement définie par des auteurs issus de cultures différentes. Parmi les concepts de la santé mentale figurent le bien-être subjectif, l'autoperception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance intergénérationnelle, l'auto-actualisation du potentiel intellectuel et affectif, etc. Si l'on se place dans une optique transculturelle, il est pratiquement impossible de donner une définition complète de la santé mentale. Toutefois, il est généralement admis qu'elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux.

Il importe de mieux comprendre la santé mentale et, plus généralement, les fonctions mentales, car elles constituent la base d'une connaissance plus complète de la survenue et de l'évolution des troubles mentaux et du comportement.

Au cours de ces dernières années, des informations nouvelles en provenance des neurosciences et de la médecine du comportement ont fait progresser de façon spectaculaire notre compréhension des fonctions mentales. Il devient de plus en plus manifeste que celles-ci ont une base physiologique et sont indissociables des fonctions physiques et sociales et des issues sanitaires.

## PROGR...S DES NEUROSCIENCES

*Le Rapport sur la santé dans le monde, 2001* paraît à un moment passionnant de l'évolution des neurosciences – branche de la science qui traite de l'anatomie, de la physiologie, de la biochimie et de la biologie moléculaire du système nerveux, et notamment de leurs effets sur le comportement et l'apprentissage. Les progrès spectaculaires de la biologie moléculaire donnent une image plus complète des éléments constitutifs des cellules nerveuses (neurones). Ces progrès mettent à notre disposition une base de référence essentielle pour l'analyse génétique des maladies humaines et contribueront à l'adoption de nouvelles approches pour la découverte de traitements.

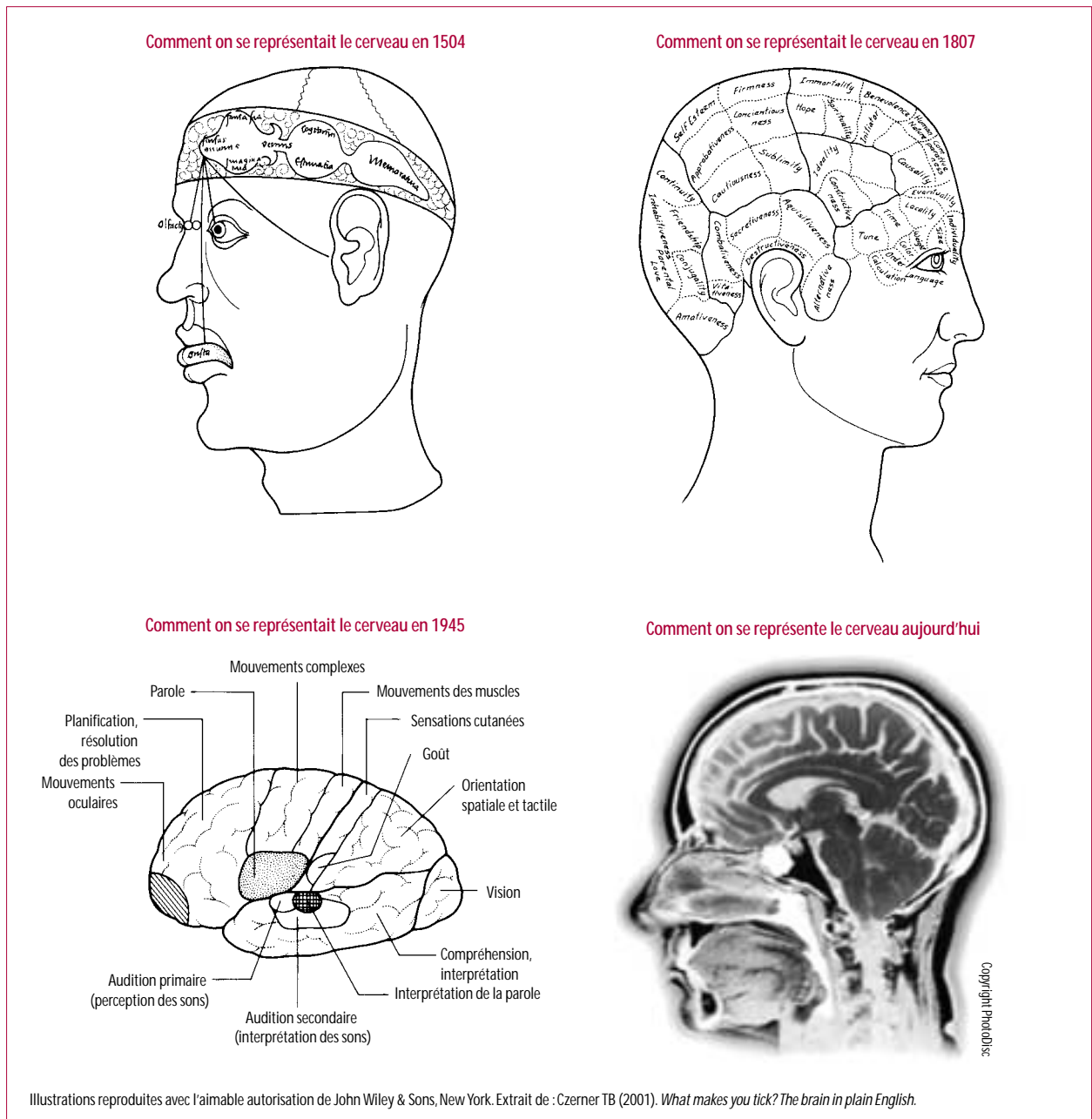
Notre compréhension de la structure et du fonctionnement du cerveau a évolué depuis 500 ans (Figure 1.2). Grâce à la révolution moléculaire, les chercheurs disposent d'outils tels que la neuro-imagerie et la neurophysiologie pour visualiser l'activité du cerveau humain vivant qui accompagne les sensations et la pensée. Associées aux neurosciences cognitives, les techniques d'imagerie permettent de plus en plus d'identifier les parties du cerveau utilisées pour divers aspects du raisonnement et de l'émotivité.

Le cerveau est chargé de combiner l'information génétique, moléculaire et biochimique avec les données qui lui parviennent du monde extérieur. C'est un organe extrêmement complexe. Il renferme deux types de cellules : les neurones et les cellules gliales. Les neurones ont pour fonctions d'envoyer et de recevoir les impulsions nerveuses ou signaux, et les cellules gliales nourrissent et protègent les neurones dont elles assurent en outre le soutien squelettique. Il y a au total plus de 100 milliards de neurones qui se répartissent en des milliers de types distincts : chacun de ces neurones communique avec les autres par l'inter-

médiaire de structures spécialisées appelées synapses. Plus de 100 substances chimiques du cerveau, dites neurotransmetteurs, traversent les synapses. Le nombre total des synapses dépasse probablement 100 billions. Ces circuits, formés par des centaines, voire des milliers de neurones, donnent naissance à des processus mentaux et comportementaux complexes.

Au stade foetal, les gènes déterminent la formation du cerveau et lui confèrent une structure spécifique et hautement organisée. Ce développement foetal peut aussi être influencé par des facteurs environnementaux tels que la nutrition de la femme enceinte et son abus de certaines substances (alcool, tabac et autres substances psychoactives), ou l'exposition à des rayonnements. Après la naissance et pendant toute la vie, tous les types d'expérience

Figure 1.2 Représentations du cerveau





ont le pouvoir non seulement d'induire une communication immédiate entre les neurones, mais aussi de déclencher des processus moléculaires qui remodelent les connexions synaptiques (Hyman, 2000). Ce processus, appelé *plasticité synaptique*, modifie littéralement la structure physique du cerveau. De nouvelles synapses peuvent se créer, d'anciennes disparaître et les synapses existantes être renforcées ou affaiblies. Le résultat est que le traitement de l'information à l'intérieur du circuit est modifié pour tenir compte de la nouvelle expérience.

Au stade prénatal et pendant la vie adulte, les gènes et l'environnement sont impliqués dans une série d'interactions d'une complexité inextricable. Chaque acte d'apprentissage – processus qui dépend à la fois des circuits concernés et de la régulation de certains gènes – modifie les caractéristiques physiques du cerveau. Le succès remarquable du cerveau humain tout au long de l'évolution est dû au fait qu'il demeure, dans certaines limites, capable de se modifier pendant la vie entière. On a découvert que la plasticité synaptique se maintient pendant toute l'existence, ce qui bouleverse les anciennes théories qui attribuaient au cerveau une structure statique (voir l'Encadré 1.1).

Malgré l'importance des découvertes effectuées à ce jour, les neurosciences en sont encore à leurs débuts. Les progrès futurs permettront de mieux comprendre le lien entre le cerveau et les fonctions complexes à la base de la vie mentale et du comportement. Les avancées de l'imagerie cérébrale, conjuguées à des études neuropsychologiques et électrophysiologiques, permettront d'observer en temps réel le système nerveux en action. Cette imagerie sera associée à une meilleure capacité d'enregistrer simultanément l'activité d'un grand nombre de neurones; il sera ainsi possible de décoder leur langage. D'autres progrès seront fondés sur les percées de la génétique. Un avant-projet initial du séquençage du génome humain est à la disposition du public sur le site <http://www.ornl.gov/hgmis/>. Cette connaissance du génome aura une application importante dans la mesure où elle constitue une nouvelle base pour la mise au point de traitements efficaces des troubles mentaux et du comportement.

La production de souris génétiquement modifiées est un autre moyen important de mieux connaître les « briques » moléculaires du développement, de l'anatomie, de la physiologie et du comportement. Pratiquement chaque gène humain a un analogue chez la souris. Cette analogie de la fonction génique entre l'homme et la souris permet de penser que cette dernière pourrait servir de modèle pour acquérir des connaissances fondamentales sur la physiologie et les pathologies humaines (O'Brien et al., 1999). Dans le monde

### Encadré 1.1 Le cerveau : le prix Nobel récompense une nouvelle conception

Le Prix Nobel de physiologie ou de médecine pour l'an 2000 a été décerné conjointement aux Professeurs Arvid Carlsson, Paul Greengard et Eric Kandel pour leurs découvertes sur la communication entre les cellules cérébrales. Leurs recherches ont porté sur la transduction des signaux dans le système nerveux qui se produit au niveau des synapses (points de contact entre les neurones). Ces découvertes ont joué un rôle fondamental dans l'évolution des connaissances sur le fonctionnement normal du cerveau et sur la

manière dont des perturbations de cette transduction peuvent provoquer des troubles mentaux et du comportement. Leurs observations ont déjà permis de mettre au point de nouveaux médicaments efficaces.

Les travaux du Professeur Carlsson montrent que la dopamine est un transmetteur cérébral qui aide à contrôler la motricité et que la maladie de Parkinson est liée à un déficit en dopamine, ce qui a permis de mettre au point un traitement efficace (la L-DOPA). Le Pr Carlsson a aussi découvert le mode d'action d'autres médicaments, notamment

de ceux que l'on utilise pour le traitement de la schizophrénie, ce qui a débouché sur le développement d'une nouvelle génération d'antidépresseurs efficaces.

Le Professeur Greengard a trouvé comment la dopamine et un certain nombre d'autres neurotransmetteurs exercent leur action sur la synapse. Ses recherches ont permis de mieux comprendre le mécanisme d'action de plusieurs médicaments psychoactifs.

Le Professeur Kandel a mis en évidence le rôle primordial de certaines modifications de la fonction

synaptique dans le processus d'apprentissage et de mémoire. Il a découvert que la constitution d'une mémoire à long terme exige une modification de la synthèse protéique qui peut induire, notamment, des altérations de la forme et du fonctionnement de la synapse. En améliorant notre connaissance des mécanismes cérébraux essentiels pour la mémoire, ces travaux augmentent les chances d'une mise au point de nouveaux types de médicaments permettant d'améliorer le fonctionnement de la mémoire.

entier, de nombreux laboratoires sont engagés dans un travail systématique d'insertion et de délétion de certains gènes identifiés, tandis que d'autres ont entrepris de provoquer des mutations aléatoires dans l'ensemble du génome de la souris. Ces techniques aideront à établir une relation entre les gènes et leurs effets sur les cellules, les organes et des organismes entiers.

En intégrant les résultats des recherches en neuro-imagerie et en neurophysiologie à ceux des progrès de la biologie moléculaire, on devrait être capable de mieux comprendre les bases des fonctions mentales, normales et anormales, et de mettre au point des traitements plus efficaces.

## PROGR...S DE LA MÉDECINE DU COMPORTEMENT

Nous avons acquis de nouvelles connaissances non seulement sur les fonctions mentales, mais aussi sur la manière dont ces fonctions influencent la santé physique. La science moderne découvre que si la distinction entre santé mentale et santé physique est commode sur le plan théorique, il s'agit là d'un abus de langage. On se rend compte aujourd'hui que la plupart des maladies « mentales » et « physiques » sont influencées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En outre, il est reconnu que les pensées, les sentiments et le comportement ont une incidence majeure sur la santé physique. Inversement, la santé physique est maintenant considérée comme ayant une influence considérable sur la santé et le bien-être mentaux.

La médecine du comportement est un vaste domaine interdisciplinaire qui intègre les aspects des sciences comportementales, psychosociales et biomédicales relatifs à la santé et à la maladie. Depuis une vingtaine d'années, des observations scientifiques de plus en plus nombreuses faites dans le domaine de la médecine du comportement montrent qu'il existe un rapport entre la santé mentale et la santé physique (voir l'Encadré 1.2). La recherche nous apprend par exemple que, parmi des femmes ayant un cancer du sein à un stade avancé, celles qui participent à une psychothérapie de soutien en groupe vivent nettement plus longtemps que les autres (Spiegel et al., 1989), que la dépression est un facteur prédictif de la survenue d'une cardiopathie (Ferketich et al., 2000), et que l'acceptation réaliste de

### Encadré 1.2 Douleur et bien-être

La douleur persistante est un problème de santé publique majeur qui provoque dans le monde une somme incalculable de souffrances et de pertes de productivité. Les estimations précises varient, mais nul ne conteste que la douleur chronique est un problème de santé débilisant et coûteux qui figure parmi les principaux motifs de consultation dans les services de santé et d'absence au travail pour raison de santé.

Une récente étude de l'OMS portant sur 5447 individus et menée dans 15 centres d'études en Asie, en Afrique, en Europe et dans les

Amériques a examiné la relation entre douleur et bien-être.<sup>1</sup> Les résultats montrent que les personnes souffrant de douleur persistante risquent quatre fois plus d'éprouver de l'anxiété ou d'être déprimées que celles qui ne souffrent pas. Cette relation a été observée dans tous les centres d'études, quelle que soit leur situation géographique. D'autres études montrent que l'intensité de la douleur, l'incapacité et l'anxiété ou dépression interagissent pour provoquer et entretenir un état de douleur chronique.

Des observations encourageantes ont été faites au cours d'une récente

enquête sur les soins de santé primaires à laquelle ont été soumises 255 personnes souffrant de lombalgie basse. Il est apparu qu'une thérapie de groupe axée sur les compétences et animée par des non-spécialistes réduisait les inquiétudes et les incapacités.<sup>2</sup> Cette thérapie, basée sur un modèle d'autoprise en charge des maladies chroniques, comportait quatre séances hebdomadaires de deux heures, avec 10 à 15 participants par séance. Les animateurs, eux-mêmes atteints de lombalgie récidivante ou chronique, avaient suivi une formation structurée de deux jours dispensée

par un clinicien familiarisé avec le traitement de la lombalgie et avec le programme thérapeutique. Ces animateurs n'ont posé aucun problème notable et leur aptitude à diriger la thérapie a été jugée excellente. Cette enquête montre que des professionnels travaillant dans des domaines autres que la santé peuvent animer avec succès des séances de thérapie comportementale structurées, ce qui laisse bien augurer de l'extension de cette méthode au traitement d'autres maladies.

<sup>1</sup> Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care (1998). *Journal of the American Medical Association*, 1999, 280(2), 147-151.

<sup>2</sup> Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherklin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain sufferers in primary care. *Spine*, 1998, 23(23): 2608-2615.



### Encadré 1.3 Observance des conseils des médecins

Les malades n'appliquent pas toujours les conseils des prestataires de soins. Une analyse de la littérature consacrée à cette question montre que le taux moyen d'observance médicamenteuse ne dépasse guère 50 % et que le taux d'adhésion aux modifications du mode de vie, telles que l'adoption d'un régime alimentaire, est très faible. D'une manière générale, plus le traitement médical est long,

plus complexe ou perturbant et moins les patients ont tendance à l'observer. Parmi les autres facteurs importants pour l'observance d'un conseil médical figurent l'aptitude du prestataire à communiquer, l'opinion du patient sur l'utilité du traitement recommandé et la mesure dans laquelle il peut se procurer le médicament ou autre article recommandé à un prix raisonnable.

La dépression joue un rôle impor-

tant dans la non-observance d'un traitement médical. Les malades déprimés risquent trois fois plus de ne pas suivre leur traitement médical que les autres.<sup>1</sup> Les diabétiques déprimés, par exemple, risquent davantage de mal s'alimenter, d'avoir une hyperglycémie, de présenter des incapacités et d'encourir des dépenses de santé élevées que des diabétiques non déprimés.<sup>2,3</sup> Le traitement de l'anxiété et de la dé-

pression chez les diabétiques entraîne une amélioration de leur état mental et physique.<sup>4,5,6</sup>

L'étroite relation entre la dépression et la non-observance permet de penser que le dépistage systématique et, si nécessaire, le traitement de la dépression s'imposent chez les malades, notamment ceux qui n'appliquent pas leur traitement.

1 DiMatteo MR et al. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160, 2101-2107.

2 Ciechanowski PS et al. Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160, 3278-3285.

3 Ziegelstein RC et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160, 1818-1823.

4 Lustman PJ et al. Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 1995 18(8): 1133-1139.

5 Lustman PJ et al. (1997) Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 241-250.

6 Lustman PJ et al. (2000) Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 2000, 23(5), 618-623.

leur propre mort est associée à une réduction du temps de survie chez les malades du SIDA, même après la prise en compte d'une série d'autres facteurs prédictifs potentiels de mortalité (Reed et al., 1994).

Comment la santé mentale et la santé physique s'influencent-elles mutuellement ? La recherche montre que cette influence s'exerce dans le temps par plusieurs voies. La première grande voie est celle des *systèmes physiologiques* tels que la fonction neuro-endocrinienne et la fonction immunitaire. La deuxième est le *comportement sanitaire*. L'expression comportement sanitaire recouvre toute une série d'activités favorables à la santé telles qu'une alimentation saine, un exercice régulier et un sommeil suffisant, l'abstinence tabagique, des pratiques sexuelles sans danger, le port de la ceinture de sécurité dans les véhicules et l'observance des traitements médicaux (voir l'Encadré 1.3).

Si les voies physiologiques et comportementales sont distinctes, elles ne sont pas indépendantes l'une de l'autre dans la mesure où les comportements sanitaires peuvent influencer sur la physiologie – par exemple, le tabagisme et un mode de vie sédentaire altèrent la fonction immunitaire – et les fonctions physiologiques sur le comportement sanitaire – par exemple, la fatigue fait oublier les traitements médicaux. Le résultat est un modèle complet de santé mentale et physique dont les diverses composantes sont apparentées et s'influencent mutuellement dans le temps.

#### Voie du système physiologique

Dans un modèle de santé intégré et basé sur des faits concrets, la santé mentale (y compris les émotions et les modes de pensée) apparaît comme un déterminant clé de la santé globale. L'anxiété et la dépression, par exemple, déclenchent une cascade d'altérations des fonctions endocriniennes et immunitaires et accroissent la prédisposition à toute une série de maladies physiques. On sait, par exemple, que le stress est associé à l'apparition du rhume commun (Cohen et al., 1991) et qu'il retarde la cicatrisation des lésions (Kielcot-Glaser et al., 1999).

De nombreuses questions concernant les mécanismes de ces relations demeurent encore sans réponse, mais il est évident qu'ils jouent un rôle considérable dans la réduction de la fonction immunitaire, dans la survenue de certaines maladies et dans les décès prématurés.

### Voie du comportement sanitaire

La connaissance des déterminants du comportement sanitaire revêt une importance particulière en raison du rôle de ce comportement dans l'état de santé général. Des maladies non transmissibles, comme les cardiopathies et le cancer, prélèvent dans le monde un énorme tribut en termes de mortalité et de morbidité. Or, un grand nombre d'entre elles sont évitables et étroitement associées à des comportements malsains tels que l'usage de l'alcool et du tabac, une mauvaise alimentation et un mode de vie sédentaire. Le comportement sanitaire est aussi un déterminant essentiel de la propagation de maladies transmissibles telles que le SIDA, par exemple dans le cas de pratiques sexuelles dangereuses et de partage des seringues. Un comportement sain peut éviter bien des maladies.

Le comportement sanitaire d'une personne dépend, dans une large mesure, de sa santé mentale – il sera influencé, par exemple, par une maladie mentale ou un stress psychologique. Des observations récentes montrent que des jeunes présentant certains troubles psychiatriques tels que la dépression et la pharmacodépendance, ont davantage tendance à avoir un comportement sexuel à haut risque que ceux qui n'ont aucun de ces troubles, ce qui les expose à toute une série de maladies sexuellement transmissibles, dont le SIDA (Ranrakha et al., 2000), mais d'autres facteurs interviennent aussi. L'apprentissage au cours de l'enfance et de l'adolescence (par expérience directe, par l'information et par l'observation d'autrui) a un effet sur le comportement sanitaire. Il a été établi qu'une consommation de drogue avant l'âge de 15 ans est fortement associée à un abus de drogue et d'alcool à l'âge adulte (Jaffe, 1995). Des influences du milieu, comme celles qu'exercent la pauvreté et les normes sociétales et culturelles, conditionnent aussi le comportement sanitaire.

En raison du caractère assez récent de ces observations scientifiques, le lien entre santé mentale et santé physique n'est pas encore pleinement reconnu et pris en compte par le système des soins de santé. Pourtant les preuves sont indiscutables : la santé mentale est indissociablement liée aux issues de la santé physique.

## MIEUX COMPRENDRE LES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Si la promotion d'une bonne santé mentale chez tous les membres de la société est manifestement un objectif important, il reste encore beaucoup à apprendre sur la manière d'y parvenir. Pourtant, des interventions efficaces existent aujourd'hui pour toute une série de problèmes de santé mentale ; compte tenu du grand nombre de malades, dont beaucoup ne reçoivent jamais aucun traitement, et de la charge qui résulte des troubles non traités, il a été décidé de faire porter le rapport sur les troubles mentaux et du comportement plutôt que sur une notion plus large de la santé mentale.

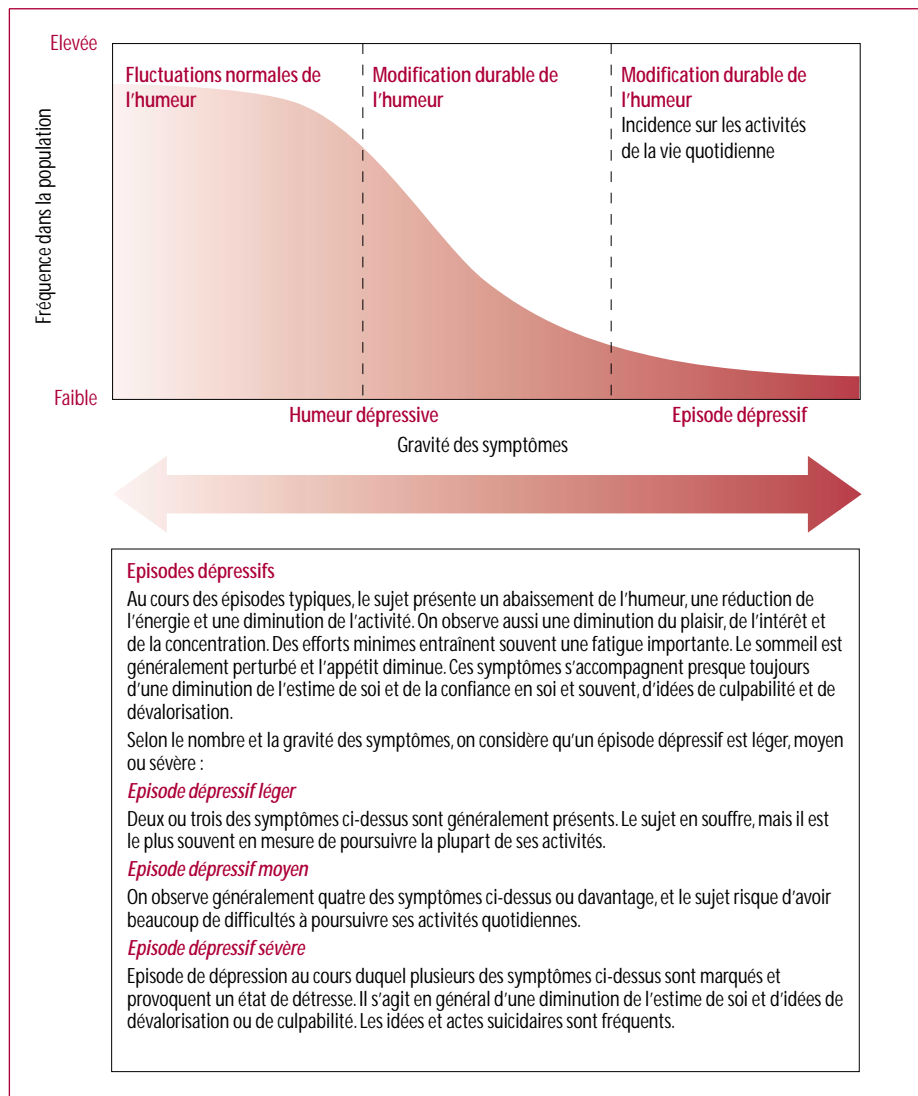
Les troubles mentaux et du comportement sont définis dans la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)*. Leurs symptômes varient, mais consistent généralement en un certain dysfonctionnement des pensées, des émotions, du comportement et/ou des relations avec les autres. On peut citer comme exemples la schizophrénie, la dépression, le retard mental et les troubles dus à l'usage de substances psychoactives. Un examen plus détaillé des troubles mentaux et du comportement figure aux chapitres 2 et 3, et la Figure 1.3 illustre le continuum entre des sautes d'humeur normales et des troubles mentaux et du comportement, dans le cas particulier de la dépression.

La dissociation artificielle entre, d'une part, les facteurs biologiques et, d'autre part, les facteurs psychologiques et sociaux a constitué jusqu'ici un redoutable obstacle à la bonne compréhension des troubles mentaux et du comportement. Ces troubles sont en réalité le résultat d'une interaction complexe entre tous ces facteurs, ce en quoi ils sont semblables à de nombreuses maladies physiques.

Pendant des années, les scientifiques ont débattu des rôles respectifs de la *génétique* et de l'*environnement* dans le déclenchement des troubles mentaux et du comportement. La science moderne permet de penser que les troubles mentaux et du comportement pourraient être dus à la fois aux effets de la *génétique* et de l'*environnement* ou, en d'autres termes, à l'interaction de la biologie avec des facteurs psychologiques et sociaux. Le cerveau ne se contente pas de refléter le déroulement de programmes génétiques complexes conformément à une logique déterministe, et le comportement humain n'est pas simplement le résultat d'un déterminisme environnemental. Au stade prénatal et pendant toute l'existence, les gènes et l'environnement sont inextricablement mêlés dans une série d'interactions qui ont une incidence décisive sur la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement.

La science moderne montre, par exemple, que l'exposition à des facteurs de stress pendant les premiers stades du développement est associée à une hyperactivité cérébrale persistante et à un risque accru de dépression dans la suite de l'existence (Heim et al., 2000). Fort heureusement, la thérapie comportementale appliquée au traitement des troubles obsessionnels entraîne des modifications de la fonction cérébrale observables par les tech-

Figure 1.3 Continuum des symptômes dépressifs dans la population



niques d'imagerie et équivalentes à celles que l'on obtient par la chimiothérapie (Baxter et al., 1992). Toutefois, la découverte de gènes associés à un risque accru de troubles continuera à fournir d'importants moyens d'investigation qui, tout en améliorant notre compréhension des circuits nerveux, feront considérablement progresser notre connaissance des troubles mentaux et du comportement et de leur étiologie. S'il reste encore beaucoup à apprendre sur les causes précises de ces troubles, les neurosciences, la génétique, la psychologie et la sociologie, notamment, ont largement contribué à faire progresser notre compréhension de ces relations complexes. Une appréciation des interactions entre ces divers facteurs basée sur des notions scientifiques aiderait dans une très grande mesure à éradiquer l'ignorance qui règne encore dans ce domaine et à mettre fin aux mauvais traitements infligés aux personnes atteintes de ces troubles.

### FACTEURS BIOLOGIQUES

Les troubles mentaux et du comportement sont en rapport avec l'âge et le sexe, comme l'indique le chapitre 2.

On a montré par ailleurs que ces troubles sont associés à des perturbations des communications nerveuses à l'intérieur de certains circuits. Dans le cas de la schizophrénie, des anomalies dans la maturation des circuits nerveux peuvent produire des modifications anatomopathologiques détectables aux niveaux cellulaire et tissulaire, ce qui a pour effet un traitement de l'information inapproprié ou mal adapté (Lewis & Lieberman, 2000). Dans la dépression, toutefois, il est possible que des anomalies anatomiques distinctes se produisent ; le risque de maladie pourrait être dû en fait à des variations de la réactivité des circuits nerveux (Berke & Hyman, 2000), qui elles-mêmes refléteraient de subtiles variations de la structure, de la localisation ou des niveaux d'expression de protéines essentielles à une fonction normale. Certains troubles mentaux, tels que la dépendance à l'égard de substances psychoactives, peuvent être considérés dans une certaine mesure comme dus à une plasticité synaptique mal adaptée, c'est-à-dire à des altérations des connexions synaptiques, du fait de la drogue ou de certaines expériences, d'où résultent des altérations à long terme du raisonnement, des affects et du comportement.

Parallèlement aux progrès des neurosciences, on a enregistré des percées en génétique. Presque tous les troubles mentaux et du comportement graves les plus répandus sont associés à un important facteur de risque génétique. Toutefois, des études du mode de transmission des troubles mentaux au sein de familles élargies et multigénérationnelles et des comparaisons entre le risque de trouble mental chez des jumeaux monozygotes (vrais jumeaux) et chez des jumeaux hétérozygotes (faux jumeaux) ont conduit à la conclusion que, pour les formes communes de ces pathologies, le risque est génétiquement complexe. Les troubles mentaux et du comportement sont dus essentiellement à l'interaction de multiples gènes à risque avec des facteurs environnementaux. En outre, une prédisposition génétique à un certain trouble mental ou du comportement peut ne se manifester que chez les personnes qui subissent aussi l'effet de facteurs de stress environnementaux propres à déclencher la pathologie. Parmi ces facteurs, on peut citer l'exposition à des substances psychoactives au stade fœtal, la malnutrition, l'infection, un environnement familial perturbé, de mauvais traitements, l'isolement et un traumatisme.

### FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Des facteurs psychologiques particuliers sont également associés à la survenue de troubles mentaux et du comportement. L'une des principales observations du XX<sup>e</sup> siècle qui a façonné la conception actuelle est l'importance primordiale des relations, pendant les premières années, avec les parents ou autres responsables de l'enfant. Des soins affectueux, attentifs et stables permettent au nourrisson et au jeune enfant de développer normalement des fonctions telles que le langage, l'intellect et la maîtrise des émotions. Les échecs

peuvent être dus à des problèmes de santé mentale, à la maladie ou au décès de la personne qui a la charge de l'enfant. L'enfant peut être séparé de cette personne du fait de la misère, de la guerre ou d'un déplacement de population. Il peut aussi être privé de soins en raison de l'absence de services sociaux dans la communauté. Quelle qu'en soit la raison précise, lorsque les enfants ne sont pas convenablement élevés par ceux qui en ont la charge, ils risquent davantage de présenter des troubles mentaux et du comportement au cours de l'enfance ou dans la suite de l'existence. La preuve en est donnée par les nourrissons vivant dans une institution où ils n'ont pas reçu une stimulation sociale suffisante. Même s'ils ont été convenablement nourris et soignés, ils risquent davantage de présenter de sérieuses déficiences dans leurs échanges avec autrui, dans la manifestation de leurs émotions et dans la manière dont ils font face à des événements traumatisants. Dans certains cas, il peut même y avoir un déficit intellectuel.

Autre observation fondamentale : le comportement humain est en partie déterminé par les interactions avec l'environnement naturel ou social qui peuvent avoir pour l'individu des conséquences favorables ou indésirables. En principe, une personne a davantage tendance à adopter les comportements les plus gratifiants socialement que ceux qui sont ignorés ou sanctionnés par son milieu. Les troubles mentaux et du comportement peuvent donc être considérés comme un comportement inadapté acquis – directement ou par l'observation d'autrui – au cours de l'existence. Cette théorie est étayée par des décennies de recherche sur l'apprentissage et le comportement et confirmée par les succès de la thérapie comportementale qui se fonde sur de tels principes pour aider les gens à corriger des modes de pensée et de comportement inadaptés.

Enfin, la recherche psychologique montre que certains types de troubles mentaux et du comportement tels que l'anxiété et la dépression peuvent résulter de l'inaptitude à s'adapter aux conséquences d'un événement traumatisant. D'une manière générale, les gens qui essaient d'éviter de penser ou de faire face à un facteur de stress risquent davantage d'éprouver de l'anxiété ou de subir une dépression, tandis que ceux qui font part de leurs problèmes à d'autres et tentent de trouver un moyen de surmonter les événements stressants apprennent peu à peu à mieux réagir. À la suite de cette observation, on a mis au point des interventions consistant à apprendre aux patients à affronter le stress.

Ces découvertes ont contribué globalement à une meilleure compréhension des troubles mentaux et du comportement. Elles ont aussi servi de point de départ pour la mise au point de toute une série d'interventions efficaces qui sont examinées de façon plus détaillée au chapitre 3.

## FACTEURS SOCIAUX

Des facteurs sociaux tels que l'urbanisation, la pauvreté et le progrès technologique ont été associés à la survenue de troubles mentaux et du comportement. Toutefois, on ne saurait en déduire que les effets des changements sociaux sur la santé mentale sont les mêmes pour tous les membres d'une société donnée. Ils diffèrent généralement selon la situation socio-économique, le sexe, la race et l'ethnie.

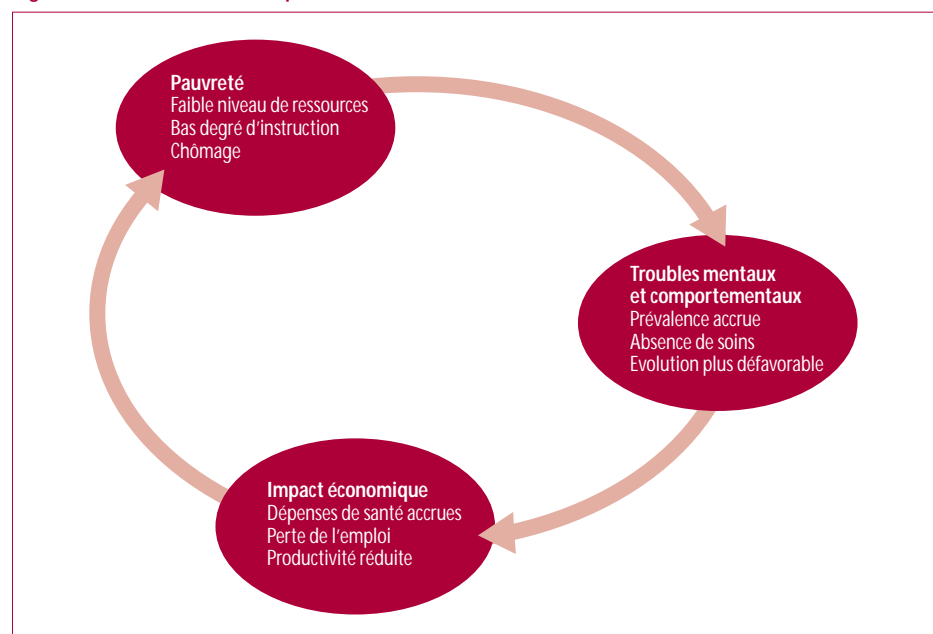
Entre 1950 et 2000, la proportion des populations urbaines en Asie, en Afrique, en Amérique centrale et en Amérique du Sud est passée de 16 % à 50 % (Harpham & Blue, 1995). En 1950, les populations de Mexico et de São Paulo étaient respectivement de 3,1 millions et de 2,8 millions d'habitants, mais elles atteignaient toutes deux un total estimatif de 10 millions d'habitants en l'an 2000. L'urbanisation moderne peut nuire à la santé mentale en aggravant les facteurs de stress et les situations défavorables : surpeuplement et pollution de l'environnement, pauvreté et dépendance à l'égard d'une économie monétaire, incidence élevée de la violence, réduction des soutiens sociaux, etc. (Desjarlais et al., 1995). La moitié environ de la population urbaine des pays à bas et moyen revenu vit dans la misère et des dizaines de millions d'adultes et d'enfants sont sans logis. Dans certaines régions, le

développement économique force un nombre croissant d'habitants à émigrer vers les villes en quête de moyens de subsistance. Or ces migrations n'apportent généralement pas une amélioration du bien-être social mais ont souvent pour effet d'accroître le chômage et de placer les migrants dans des conditions de vie misérables où ils sont exposés à un stress social et à un risque accru de troubles mentaux en raison de l'absence de réseaux sociaux de soutien. Les conflits, les guerres et les troubles civils sont associés à une incidence accrue des problèmes de santé mentale, comme l'indique le chapitre 2.

Pour bien des gens, la vie rurale est une source de difficultés. L'isolement, l'absence de transports et de communications ainsi que l'insuffisance des moyens éducatifs et économiques sont des problèmes courants. En outre, les ressources et l'expertise cliniques des services de santé mentale sont concentrées dans les grandes zones urbaines, ce qui limite les possibilités offertes aux ruraux nécessitant des soins dans ce domaine. Une récente étude sur le suicide chez les personnes âgées dans quelques zones urbaines et rurales de la province chinoise du Hunan montre que le taux de suicide en zone rurale (88,3/100 000) est plus élevé qu'en zone urbaine (24,4/100 000) (Xu et al., 2000). Ailleurs, on a signalé chez les femmes habitant en milieu rural des taux de dépression plus de deux fois supérieurs à ceux des femmes de la population générale (Hauenstein & Boyd, 1994).

La relation entre la pauvreté et la santé mentale est complexe et pluridimensionnelle (Figure 1.4). La pauvreté, au sens le plus strict, est le manque d'argent et de biens matériels. Dans une acception plus large qui convient peut-être mieux à un débat sur les troubles mentaux et du comportement, ce terme pourrait désigner l'absence de ressources suffisantes, y compris dans le domaine social ou éducatif. La misère et les maux qui y sont associés : chômage, faible niveau d'instruction, privations et absence de domicile fixe ne sont pas seulement largement répandus dans les pays pauvres ; ils touchent aussi une importante minorité dans les pays riches. Les pauvres et les démunis présentent plus souvent des troubles mentaux et du comportement, notamment du fait de l'usage de substances psychotropes. Cette prévalence accrue peut s'expliquer à la fois par la présence d'un plus grand nombre de facteurs de troubles chez les pauvres et par le fait que les malades mentaux sont plus exposés à la misère. Quant à savoir quel est celui de ces deux mécanismes qui provoque la plus forte prévalence chez les pauvres, c'est là une question très controversée, mais il

Figure 1.4 Cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux



semblerait que les deux jouent un rôle (Patel, 2001). L'explication basée sur les facteurs de risque s'applique davantage à l'anxiété et aux dépressions, tandis que la théorie de l'appauvrissement explique mieux la prévalence accrue des troubles psychotiques et des problèmes de toxicomanie chez les pauvres. Toutefois, les deux ne s'excluent pas mutuellement ; certains sujets peuvent être prédisposés à des troubles mentaux en raison de leur situation sociale et ceux qui souffrent de troubles peuvent, du fait de leur maladie, être exposés à d'autres handicaps qui vont d'un faible degré d'instruction au chômage et, dans les cas extrêmes, à l'absence de domicile fixe. Les troubles mentaux peuvent provoquer des incapacités graves et durables, y compris l'inaptitude au travail. Si le patient ne bénéficie pas d'un soutien social suffisant, ce qui est souvent le cas dans les pays en développement où le système de sécurité sociale est rudimentaire, la misère survient rapidement.

Il semblerait aussi que l'évolution des troubles mentaux et du comportement soit déterminée par la situation socio-économique du patient, ce qui pourrait être dû à une pénurie générale de services de santé mentale ainsi qu'aux obstacles qui bloquent l'accès aux soins de certains groupes socio-économiques. Les pays pauvres ont très peu de ressources à consacrer aux soins de santé mentale, qui sont alors souvent inaccessibles aux déshérités. Même dans les pays riches, la pauvreté associée à des facteurs tels que le défaut de couverture par l'assurance-maladie, un faible niveau d'instruction, le chômage et l'appartenance à une minorité raciale, ethnique ou linguistique peut constituer, pour l'accès aux soins, un obstacle insurmontable. Les lacunes de la couverture sont importantes pour la plupart des troubles mentaux, mais, chez les pauvres, elles sont particulièrement criantes.

Dans toutes les couches socio-économiques, les rôles multiples assumés par les femmes les exposent plus que les autres membres de la communauté à un risque de trouble mental ou du comportement. Outre leurs fonctions d'épouse et de mère, les femmes assument une part disproportionnée des responsabilités en rapport avec l'éducation et les soins. Elles deviennent un élément de plus en plus essentiel de la main-d'œuvre et, dans un quart à un tiers des foyers, elles sont la principale source de revenus. Aux pressions qu'elles subissent du fait de leurs rôles croissants et souvent contradictoires s'ajoute une importante discrimination sexuelle qui s'accompagne généralement de la pauvreté, de la faim, de la malnutrition, d'un travail excessif et de la violence domestique et sexuelle. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'elles ont davantage recours aux psychotropes que les hommes (voir Figure 1.5). Les sévices subis par les femmes sont un problème social et de santé publique majeur qui touche des femmes de tous âges, indépendamment de leur milieu socioculturel et de leur revenu.

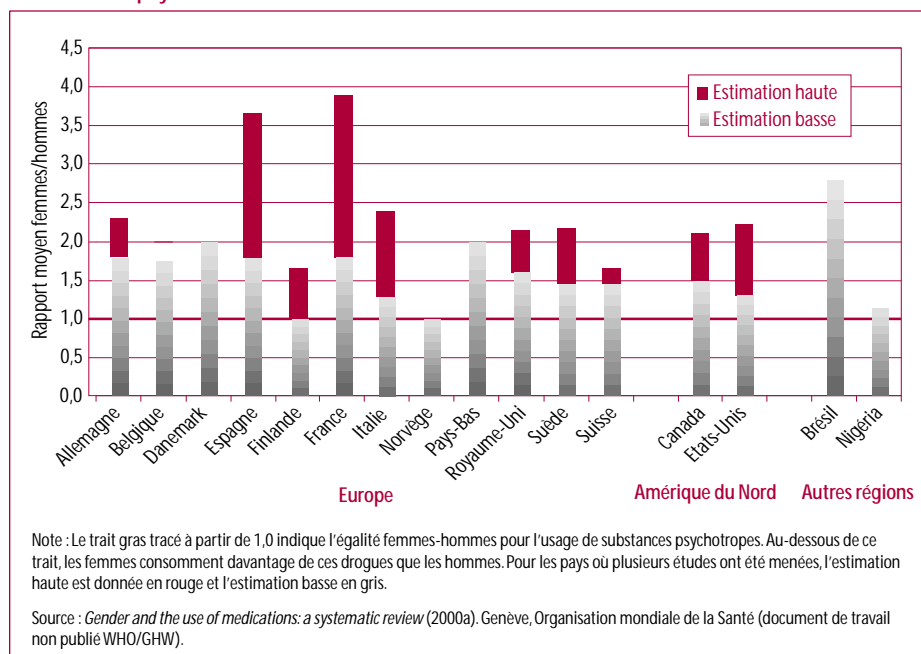
Le racisme soulève lui aussi des questions importantes. Si l'on répugne, dans certains milieux, à parler des effets de la discrimination raciale et ethnique sur la santé mentale, des recherches psychologiques, sociologiques et anthropologiques montrent que le racisme est lié à la persistance de problèmes mentaux. Les observations dont on dispose montrent que des personnes longtemps victimes du racisme risquent davantage de présenter des problèmes de santé mentale ou de subir une aggravation de problèmes existants. Quant aux personnes qui pratiquent et perpétuent le racisme, il apparaît qu'elles présentent ou développent elles-mêmes certains types de problèmes mentaux.

Des psychiatres ayant examiné la relation entre racisme et santé mentale dans des sociétés où le racisme est courant observent, par exemple, que le racisme peut aggraver la dépression. Au cours d'une analyse récente de 10 études portant sur divers groupes raciaux en Amérique du Nord et englobant un total de plus de 15 000 enquêtés, on a pu fermement établir une relation directe entre l'expérience du racisme et la détresse psychologique (Williams & Williams-Morris, 2000).

L'influence du racisme peut aussi être considérée au niveau de la santé mentale collective de groupes ou de sociétés. Le racisme a inspiré bien des régimes d'oppression dans le monde entier et à toutes les époques. Récemment, il a conduit les Sud-Africains blancs à



Figure 1.5 Rapport moyen femmes/hommes pour l'usage de substances psychotropes dans certains pays



considérer leurs compatriotes noirs comme des ennemis et à commettre des actes qu'en d'autres circonstances ils auraient jugés moralement répréhensibles.

L'ampleur et le rythme spectaculaires de l'évolution technologique à la fin du XX<sup>e</sup> siècle sont aussi associés à l'apparition de troubles mentaux et du comportement. Cette évolution, notamment l'extraordinaire essor des communications, offre de puissants moyens qui faciliteront la diffusion de l'information et accroîtront la capacité d'action des usagers. La télé-médecine permet aujourd'hui de soigner les gens à distance.

Toutefois, ces progrès ont aussi des inconvénients. Il semblerait que les images diffusées par les médias aient une incidence sur l'augmentation de la violence, le comportement sexuel et le goût pour la pornographie, tandis que la violence des jeux vidéo favorise l'agressivité (Dill & Dill, 1998). Dans l'ensemble du monde, le taux d'augmentation des dépenses consacrées à la publicité est supérieur d'un tiers au taux de croissance de l'économie mondiale. Une promotion commerciale accrocheuse joue un rôle non négligeable dans la mondialisation de l'usage de l'alcool et du tabac chez les jeunes, ce qui accroît le risque de troubles liés à la toxicomanie et de maladies physiques dues à l'usage de ces substances (Klein, 1999).

## UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE INTÉGRÉE

Cette promesse d'une meilleure compréhension des liens essentiels entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux du déclenchement et de l'évolution des troubles mentaux et du comportement est un message d'espoir pour les millions de personnes atteintes de ces affections incapacitantes. S'il reste encore beaucoup à apprendre, il est maintenant clair que nous possédons les connaissances et les moyens nécessaires pour réduire sensiblement la charge de morbidité imputable aux troubles mentaux et du comportement dans le monde.

Ce message doit nous inciter à prendre des mesures pour réduire l'incidence des troubles mentaux et du comportement dont souffrent actuellement un total estimatif de 450 mil-



lions de personnes. L'ampleur considérable du problème, les multiples aspects de son étiologie, le caractère honteux attribué à ces maladies, les discriminations dont font l'objet ceux qui en sont atteints et les graves lacunes du traitement dans le monde font qu'une démarche de santé publique est la méthode de lutte la plus appropriée.

La stigmatisation peut se définir comme l'action de flétrir ou condamner un individu en le rejetant, en lui imposant une discrimination et en l'excluant de différents domaines de la société.

Le Rapport du Directeur général des Services de Santé des Etats-Unis d'Amérique sur la santé mentale (DHHS, 1999) définit comme suit l'impact de la stigmatisation : « Du fait de la stigmatisation, les gens doutent que les troubles mentaux soient de véritables maladies qui peuvent être traitées. Ils évitent de fréquenter et d'employer des personnes atteintes d'un trouble mental, de travailler avec elles, de leur louer un logement ou même de vivre à proximité. En faisant obstacle au financement des soins, la stigmatisation limite la mobilisation des ressources et l'accès au traitement et aux services sociaux. L'impossibilité d'obtenir un traitement renforce les tendances destructrices à l'autodénigrement, à l'isolement et au désespoir. La stigmatisation prive tragiquement les gens de leur dignité et leur interdit une complète socialisation. ».

Il reste encore beaucoup à faire dans le cadre de la santé publique pour réduire l'impact des troubles mentaux ; on doit :

- formuler des politiques destinées à améliorer la santé mentale des populations ;
- veiller à ce que chacun puisse accéder à des services appropriés et d'un bon rapport coût/efficacité, y compris des services de promotion et de prévention en santé mentale ;
- protéger les droits fondamentaux des patients institutionnalisés les plus gravement atteints et leur offrir des soins adéquats ;
- évaluer et surveiller la santé mentale dans les communautés, et notamment chez les populations vulnérables – enfants, femmes et personnes âgées ;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque de troubles mentaux et du comportement, tels que les environnements familiaux instables, les sévices et les troubles civils ;
- favoriser la stabilité familiale, la cohésion sociale et le développement humain ;
- favoriser la recherche sur les troubles mentaux et du comportement, la mise au point de traitements efficaces et la surveillance et l'évaluation des systèmes de santé mentale.

Le reste du rapport est consacré à ces questions fondamentales. En présentant des informations scientifiques sur les troubles mentaux et du comportement, on espère réduire la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet ceux qui en sont atteints. On s'attend aussi à ce que la santé mentale soit considérée comme un problème de santé publique urgent et à ce que les gouvernements prennent des mesures dans le monde entier pour l'améliorer.

Le chapitre 2 donne les dernières informations épidémiologiques sur l'ampleur, l'impact et les conséquences économiques des troubles mentaux et du comportement dans le monde.

Le chapitre 3 renseigne sur les traitements efficaces qui peuvent être administrés aux personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement. Il expose les principes généraux des soins ainsi que des stratégies particulières pour le traitement des troubles.

Le chapitre 4 énonce, à l'intention des décideurs, quelques stratégies destinées à vaincre les difficultés les plus fréquentes et à améliorer la santé mentale dans les communautés.

Le chapitre 5 met l'accent sur les activités à entreprendre en priorité, selon le niveau des ressources disponibles.

## CHAPITRE DEUX

# *Impact des troubles mentaux et du comportement*

Les troubles mentaux et du comportement sont courants : plus de 25 % de la population mondiale vient à en souffrir un jour ou l'autre. Ils sont universels : les peuples de tous les pays et toutes les sociétés, populations rurales et urbaines, riches et pauvres, hommes et femmes de tous âges sont touchés. Ils ont des conséquences économiques pour les sociétés et nuisent à la qualité de vie des individus et des familles. Les troubles mentaux et du comportement touchent environ 10 % de la population adulte. Près de 20 % de tous les patients vus par les professionnels des services de santé primaires présentent un ou plusieurs troubles mentaux. Dans une famille sur quatre, une personne au moins risque de souffrir de troubles mentaux ou du comportement. En plus d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, l'entourage subit ostracisme et discrimination. Selon les estimations pour 1990, les désordres mentaux et neurologiques représentaient 10 % du nombre total d'AVCI, toutes maladies et tous traumatismes confondus. Ce chiffre était de 12 % en 2000. On prévoit que d'ici 2020, la charge de morbidité qui leur est imputable aura atteint 15 %. Les désordres courants, qui entraînent généralement une incapacité grave, sont les troubles dépressifs, les toxicomanies, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, l'arriération mentale et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. Au nombre des facteurs qui influent sur la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement figurent la pauvreté, le sexe, l'âge, les conflits et catastrophes, les maladies physiques graves et le contexte familial et social.

## 2

# IMPACT DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

## DÉFINITION DES TROUBLES

Par troubles mentaux et du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. Les désordres mentaux et du comportement se manifestent par des symptômes et signes spécifiques et, si l'on n'intervient pas, suivent généralement une évolution naturelle plus ou moins prévisible. Une souffrance morale ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales; si tous les critères de base d'une pathologie bien déterminée ne sont pas réunis, il ne s'agit pas d'un trouble mental. Il y a une différence, par exemple, entre humeur dépressive et dépression caractérisée (voir la Figure 1.3).

D'une culture à l'autre, différents modes de pensée et comportements peuvent influencer sur la façon dont les troubles mentaux se manifestent, mais ne sont pas en soi révélateurs d'un trouble. On évitera donc de ranger les particularités culturelles au nombre des troubles mentaux et de considérer les convictions sociales, religieuses ou politiques comme l'expression de désordres mentaux.

La CIM-10, *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (OMS, 1992b), dresse la liste complète des troubles mentaux et du comportement (voir l'Encadré 2.1). Pour une définition plus précise, on peut également consulter les critères diagnostiques pour la recherche (OMS, 1993a).

Toute classification des troubles mentaux classe des syndromes ou des états et non des individus. Quiconque peut souffrir d'un ou de plusieurs troubles à un moment donné ou à plusieurs moments de sa vie, mais le diagnostic ne devrait pas servir d'étiquette pour désigner cette personne. On ne devrait jamais assimiler une personne à un trouble, qu'il soit physique ou mental.

## DIAGNOSTIC DES TROUBLES

Les troubles mentaux et du comportement sont décelés et diagnostiqués selon des méthodes cliniques analogues à celles utilisées pour les troubles physiques : recueil méthodique d'informations détaillées auprès de l'intéressé et d'autres personnes, y compris sa famille, examen clinique systématique de l'état mental et, au besoin, tests et investigations

spécialisés. Depuis quelques dizaines d'années, la standardisation de l'évaluation clinique et la fiabilité du diagnostic ont fait des progrès. Grâce aux barèmes d'entretien structuré, aux définitions uniformes des symptômes et signes et à l'adoption de critères diagnostiques standard, le diagnostic des troubles mentaux est devenu extrêmement sûr. Grâce aux entretiens structurés et aux questionnaires diagnostiques, les professionnels de la santé mentale peuvent recueillir des informations en posant des questions standard et en consignant des réponses précodées. Les symptômes et signes ont été définis avec précision pour permettre une application uniforme. Enfin, les critères diagnostiques ont été normalisés au niveau international. On peut donc désormais diagnostiquer les troubles mentaux avec autant de certitude et de précision que la plupart des troubles physiques courants. La concordance des diagnostics de deux experts se situe en moyenne entre 0,7 et 0,9 (Wittchen et al., 1991 ; Wing et al., 1974 ; OMS, 1992 ; APA, 1994 ; Andrews et al., 1995). Cette fourchette est la même que pour des troubles physiques comme le diabète sucré, l'hypertension ou les coronaropathies.

Étant donné qu'un diagnostic sûr est indispensable pour une bonne intervention au niveau individuel et pour la précision de l'enquête épidémiologique et de la surveillance au niveau communautaire, les progrès des méthodes diagnostiques ont grandement facilité l'application des principes cliniques et des principes de santé publique dans le domaine de la santé mentale.

### Encadré 2.1 Troubles mentaux et du comportement classés dans la CIM-10

La CIM-10, *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* dresse la liste complète des troubles mentaux et du comportement.<sup>1</sup> Pour une définition plus précise, on peut également con-

sulter les critères diagnostiques pour la recherche.<sup>2</sup> Ces documents, applicables indépendamment du contexte culturel, ont été établis d'après le chapitre V (F) de la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10)<sup>3</sup> et reposent sur une

synthèse de la littérature scientifique, sur l'avis de spécialistes du monde entier et sur un consensus international. Le chapitre V de la CIM-10 est entièrement consacré aux troubles mentaux et du comportement. Il nomme les maladies et troubles, comme les autres cha-

pitres, mais comprend aussi des descriptions cliniques et des directives pour le diagnostic ainsi que des critères diagnostiques pour la recherche. La CIM-10 classe les troubles mentaux et du comportement dans les catégories suivantes :

- **Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques.** Exemples : démence de la maladie d'Alzheimer, delirium.
- **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.** Exemples : utilisation d'alcool nocive pour la santé, syndrome de dépendance aux opioïdes.
- **Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.** Exemples : schizophrénie paranoïde, troubles délirants, troubles psychotiques aigus et transitoires.
- **Troubles de l'humeur [affectifs].** Exemples : trouble affectif bipolaire, épisode dépressif.
- **Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.** Exemples : anxiété généralisée, troubles obsessionnels-compulsifs.

Le présent rapport met l'accent sur une série de troubles qui constituent un handicap sévère s'ils ne sont pas correctement soignés et qui font peser un lourd fardeau sur la collectivité, à savoir : les troubles dépressifs, les troubles liés à l'utilisation de substances, la schizo-

phrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, le retard mental et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. La présence de l'épilepsie dans cette liste est expliquée plus loin dans ce chapitre.

Certains troubles mentaux et du comportement et troubles neuro-

- **Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.** Exemples : troubles de l'alimentation, troubles du sommeil non organiques.
- **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.** Exemples : personnalité paranoïaque, transsexualisme.
- **Retard mental.** Exemple : retard mental léger.
- **Troubles du développement psychologique.** Exemples : troubles spécifiques de la lecture, autisme infantile.
- **Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.** Exemples : troubles hyperkinétiques, troubles des conduites, tics.
- **Trouble mental, sans précision.**

logiques sont réunis sous l'appellation « troubles neuropsychiatriques » dans l'annexe statistique du rapport. Il s'agit de la dépression majeure unipolaire, du trouble affectif bipolaire, des psychoses, de l'épilepsie, de la dépendance alcoolique, de la maladie d'Alzheimer et autres

démences, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la pharmacodépendance, de l'état de stress post-traumatique, des troubles obsessionnels-compulsifs, du trouble panique, de la migraine et des troubles du sommeil.

<sup>1</sup> CIM-10. *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (1992b). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>2</sup> CIM-10. *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : critères diagnostiques pour la recherche* (1993a). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>3</sup> *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision 1992 (CIM-10)*. Vol. 1 : Table analytique. Vol. 2 : Manuel d'utilisation. Vol. 3 : Index alphabétique (1992a). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

## PRÉVALENCE DES TROUBLES

Les troubles mentaux ne sont pas le lot d'un groupe particulier : ils sont universels. Ils s'observent dans toutes les régions, tous les pays et toutes les sociétés. Ils frappent les hommes et les femmes à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres et la population urbaine comme le milieu rural. Il est faux de penser que les troubles mentaux sont des problèmes propres aux pays industrialisés et aux parties du monde relativement favorisées. On croit également à tort qu'ils sont absents des communautés rurales, relativement épargnées par le rythme accéléré de la vie moderne.

Il ressort d'analyses faites récemment par l'OMS que la prévalence ponctuelle de l'ensemble des affections neuropsychiatriques, au nombre desquelles figurait une série de ces troubles, était d'environ 10 % chez les adultes (GBD, 2000). On estime que 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'affections neuropsychiatriques dont font partie la dépression unipolaire, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de certaines drogues, la maladie d'Alzheimer et autres démences, l'état de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique et l'insomnie primaire.

Les taux de prévalence diffèrent selon qu'ils concernent des personnes atteintes d'une affection à un moment donné (prévalence ponctuelle) ou à un moment quelconque pendant une certaine période (prévalence du moment) ou à un moment quelconque pendant leur vie (prévalence au cours de l'existence). Bien qu'on indique souvent la prévalence ponctuelle, y compris dans le présent rapport, la prévalence sur un an est plus utile pour connaître le nombre de personnes qui, en un an, auront besoin de se faire soigner. Les chiffres de prévalence varient aussi selon la définition des troubles pris en compte dans l'étude. Quand tous les troubles répertoriés dans la CIM-10 sont inclus (voir l'Encadré 2.1), les taux de prévalence sont plus élevés. Selon les enquêtes réalisées dans des pays développés et dans des pays en développement, plus de 25 % des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie (Regier et al., 1988 ; Wells et al., 1989 ; Almeida-Filho et al., 1997).

D'après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, cet écart tient en grande partie à une différence de répartition des troubles ; les troubles graves sont à peu près aussi fréquents chez les deux sexes, à l'exception de la dépression, plus courante chez la femme, et des toxicomanies, plus courantes chez l'homme.

Le lien entre pauvreté et troubles mentaux est étudié dans la suite de ce chapitre.

### TROUBLES OBSERVÉS DANS LES STRUCTURES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les troubles mentaux et du comportement sont fréquents chez les patients vus dans les services de santé primaires. Il est utile de connaître la fréquence et la répartition de ces troubles à ce niveau de soins pour repérer les malades et leur dispenser les soins nécessaires à ce niveau.

Pour les études épidémiologiques portant sur les structures de soins primaires, on a recensé les troubles à l'aide d'instruments de dépistage, ou d'après le diagnostic clinique posé par les prestataires exerçant à ce niveau, ou encore en procédant à un interrogatoire de diagnostic psychiatrique. Pour l'étude transculturelle qu'elle a effectuée sur 14 sites (Üstün & Sartorius, 1995 ; Goldberg & Lecrubier, 1995), l'OMS a fait appel à trois méthodes diagnostiques : un test rapide de dépistage, un entretien détaillé et structuré, et le diagnostic clinique du médecin responsable des soins primaires. La prévalence des troubles mentaux variait énormément d'un site à l'autre, mais les résultats montrent clairement qu'un fort pourcentage (environ 24 %) des patients souffraient d'un trouble mental (voir le Tableau

2.1). Les affections les plus souvent diagnostiquées dans les structures de soins de santé primaires sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les toxicomanies. Ces désordres sont soit isolés, soit associés à un ou plusieurs troubles physiques. Il n'y a pas d'écart de prévalence constant entre pays développés et pays en développement.

## IMPACT DES TROUBLES

Les troubles mentaux et du comportement ont d'importantes répercussions sur les individus, leur famille et leur communauté. L'individu souffre non seulement des symptômes inquiétants de sa maladie, mais aussi de ne pas pouvoir participer à des activités professionnelles ou récréatives, souvent du fait d'une discrimination à son égard. Il s'inquiète de ne pouvoir assumer ses responsabilités envers sa famille et ses amis, et craint d'être un poids pour les autres.

On estime que, dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou du comportement. Non seulement les familles touchées se voient obligées d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, mais elles subissent l'ostracisme et la discrimination, présents partout dans le monde. La charge que représente pour la famille la maladie mentale d'un de ses membres n'a pas encore été convenablement évaluée, mais les faits montrent qu'elle est certainement très importante (Pai & Kapur, 1982 ; Fadden et al., 1987 ; Winefield & Harvey, 1994). Aux difficultés financières s'ajoutent la charge émotionnelle de la maladie, le stress dû au comportement perturbé du malade, le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale (OMS, 1997a). Les frais thérapeutiques sont souvent à la charge des proches, faute d'assurance ou lorsque

**Tableau 2.1 Prévalence de troubles psychiatriques majeurs dans les structures de soins de santé primaires**

Villes	Dépression (%)	Anxiété généralisée (%)	Dépendance alcoolique (%)	Ensemble des troubles mentaux (d'après le CIDI <sup>a</sup> ) (%)
Ankara (Turquie)	11,6	0,9	1,0	16,4
Athènes (Grèce)	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore (Inde)	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlin (Allemagne)	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningue (Pays-Bas)	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan (Nigéria)	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz (Allemagne)	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester (Royaume-Uni)	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki (Japon)	2,6	5,0	3,7	9,4
Paris (France)	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro (Brésil)	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago (Chili)	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle (Etats-Unis d'Amérique)	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai (Chine)	4,0	1,9	1,1	7,3
Vérone (Italie)	4,7	3,7	0,5	9,8
<b>Total</b>	<b>10,4</b>	<b>7,9</b>	<b>2,7</b>	<b>24,0</b>

<sup>a</sup> CIDI : Questionnaire composite international pour le diagnostic.

Source : Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. Dans : Üstün TB, Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons [pour le compte de l'OMS] : 323-334.



celle-ci ne couvre pas les troubles mentaux.

En plus des conséquences directes, il faut tenir compte de tout ce à quoi la maladie oblige à renoncer. Les familles sont contraintes de s'adapter et de faire des compromis qui empêchent certains de leurs membres de se réaliser pleinement dans leur travail, leur vie sociale ou leurs loisirs (Gallagher & Mechanic, 1996). Quoique difficile à cerner et à quantifier, cette dimension humaine n'en est pas moins importante. Les familles doivent souvent consacrer une bonne partie de leur temps à s'occuper du malade et sont gênées financièrement et socialement parce que l'un des leurs n'est pas pleinement productif. Elles vivent également dans la crainte perpétuelle d'une rechute qui viendrait subitement perturber la vie du foyer.

L'impact des troubles mentaux sur la communauté est aussi profond que multiple : coût des soins, perte de productivité, problèmes d'ordre juridique, y compris la violence, encore que celle-ci soit bien plus souvent le fait de gens « normaux » que de malades mentaux.

L'un des aspects de cet impact est l'incidence sanitaire. Généralement, les statistiques sanitaires nationales et internationales le mesurent uniquement en termes d'incidence/prévalence et de mortalité. Ces indices conviennent bien pour les maladies aiguës qui se soldent soit par un décès, soit par une guérison complète, mais s'appliquent mal aux maladies chroniques et invalidantes. C'est particulièrement vrai pour les troubles mentaux et du comportement, qui provoquent plus souvent une incapacité qu'un décès prématuré. L'un des moyens de rendre compte de la chronicité des troubles et des incapacités qu'ils engendrent est la méthode employée pour calculer la charge mondiale de morbidité (CMM), brièvement décrite dans l'Encadré 2.2. D'après les estimations faites initialement pour 1990, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 10,5 % du nombre total d'AVCI, toutes maladies et tous traumatismes confondus. Pour la première fois, un chiffre fait ressortir l'importance de la charge de morbidité liée à ces troubles. Il est de 12,3 % pour 2000 (voir la Figure 2.1) Les affections neuropsychiatriques figurent parmi les vingt premières causes

### Encadré 2.2 Charge mondiale de morbidité, 2000

En 1993, la Harvard School of Public Health, en collaboration avec la Banque mondiale et l'OMS, a évalué la charge mondiale de morbidité (CMM).<sup>1</sup> Cette étude non seulement a permis d'établir les estimations les plus cohérentes et les plus complètes jamais obtenues de la mortalité et de la morbidité par âge, par sexe et par Région, mais inaugure un nouvel indice, les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), pour mesurer l'impact des maladies.<sup>2,3</sup> Les AVCI mesurent les écarts sanitaires en associant les chiffres relatifs aux décès prématurés à ceux qui concernent les incapacités et d'autres issues sanitaires non fatales. Une AVCI peut se définir

comme une année de vie en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme l'écart entre la situation sanitaire réelle et une situation idéale où chacun atteindrait un âge avancé sans maladie ni incapacité. Au sujet de l'élaboration des AVCI et des progrès faits récemment dans le calcul de la charge de morbidité, voir Murray & Lopez (2000).<sup>4</sup>

L'Organisation mondiale de la Santé a entrepris une nouvelle évaluation de la charge mondiale de morbidité en l'an 2000, la CMM 2000, dans le but précis :

- de mesurer la mortalité prématurée et les incapacités par âge, par sexe et par région pour 135 causes ou catégories de causes majeures ;

- de déterminer, à l'aide d'un cadre comparatif, dans quelle mesure certains facteurs de risque contribuent à la charge de morbidité ;
- de prévoir plusieurs scénarios anticipant l'évolution de la charge de morbidité au cours des 30 prochaines années.

Les AVCI calculées pour une maladie sont la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI) pour les cas incidents de la maladie en question. L'AVCI, unité qui mesure un écart, élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour y inclure les an-

nées de vie en bonne santé perdues en raison d'un état de santé qui n'est pas optimal, que l'on désigne par le terme général d'incapacité.

Les résultats de la CMM 2000 donnés ici pour les troubles neuropsychiatriques découlent d'une analyse approfondie des chiffres de mortalité pour toutes les régions du monde et d'un bilan systématique des études épidémiologiques et des enquêtes en population sur la santé mentale. Les résultats définitifs de la CMM 2000 seront publiés en 2002.

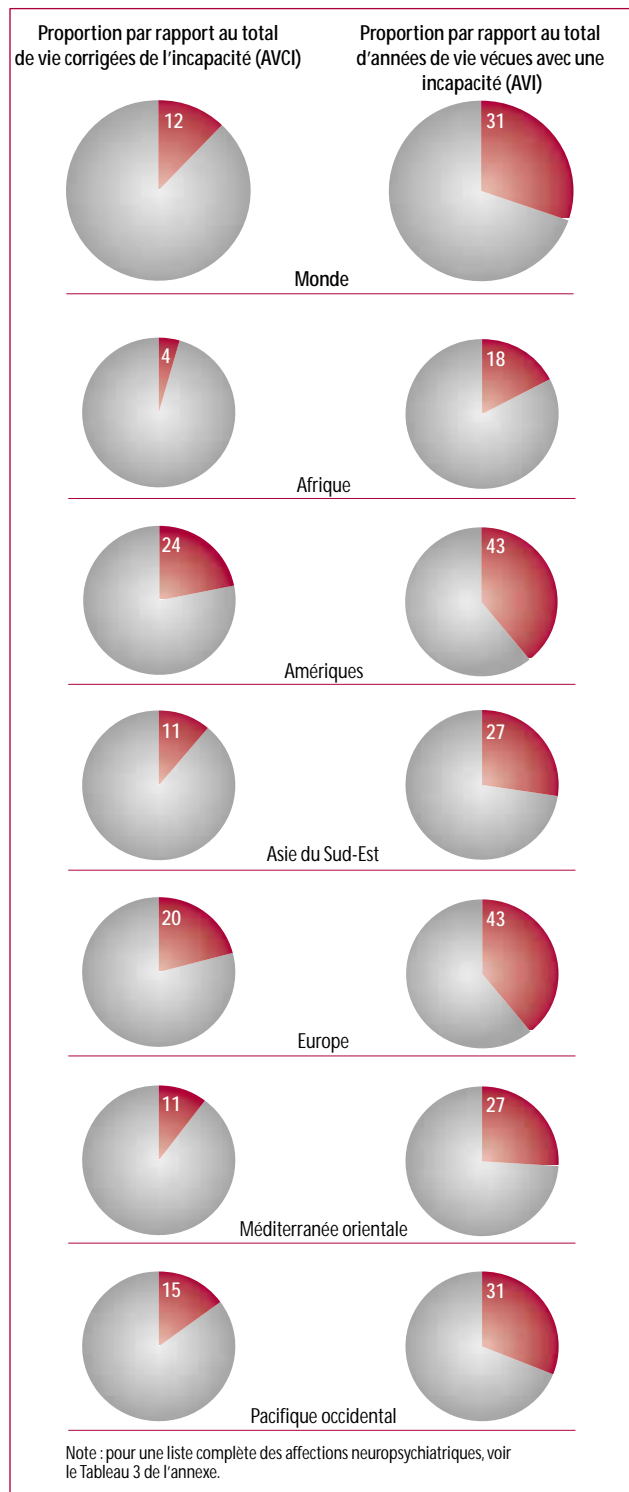
<sup>1</sup> Banque mondiale (1993). *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale.

<sup>2</sup> Murray CJL, Lopez AD, (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

<sup>3</sup> Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

<sup>4</sup> Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

**Figure 2.1 Part des affections neuropsychiatriques dans la charge totale de morbidité, dans le monde et dans les Régions OMS, estimations pour 2000**



d'AVCI tous âges confondus et parmi les six premières dans la tranche d'âge 15-44 ans (voir la Figure 2.2). En Australie, des estimations récentes basées sur des méthodes rigoureuses et sur différentes sources de données confirment que les troubles mentaux sont la première cause d'incapacité (Vos & Mathers, 2000). Si l'on analyse les tendances, une rapide augmentation paraît inévitable. D'après les prévisions, la proportion devrait atteindre 15 % en 2020 (Murray & Lopez, 1996a). La Figure 2.1 indique la part que représentent les affections neuropsychiatriques sur le total d'AVCI et d'AVI dans le monde et par Région.

Si l'on s'en tient à la seule incapacité, les affections mentales et neurologiques représentent, d'après les estimations de la CMM en 2000, 30,8 % de toutes les années vécues avec une incapacité (AVI). De fait, la dépression est la première cause d'incapacité, avec presque 12 % du total. Six autres affections neuropsychiatriques figurent parmi les vingt premières causes d'incapacité dans le monde (AVI) : dépression unipolaire, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles affectifs bipolaires, la maladie d'Alzheimer et autres démences, et la migraine (voir la Figure 2.3).

Le taux d'incapacité imputable aux troubles mentaux et neurologiques est élevé dans toutes les régions du monde. Il est toutefois plus faible dans les pays en développement, à cause surtout des nombreuses incapacités que provoquent les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles dans ces pays. Les troubles neuropsychiatriques sont tout de même à l'origine de 17,6 % de toutes les AVI en Afrique.

L'exactitude des estimations des AVCI et des AVI calculées pour les troubles mentaux et neurologiques en 2000 est plus ou moins grande selon la certitude avec laquelle on connaît la prévalence des affections dans les différentes régions du monde et leur distribution par degré de gravité. Les chiffres de prévalence des troubles mentaux sont particulièrement incertains dans nombre de régions à cause de l'imprécision des dispositifs de déclaration par l'intéressé utilisés pour classer les symptômes mentaux de façon comparable entre les populations, des difficultés que pose la généralisation des enquêtes en sous-population à des groupes plus importants et du manque de données permettant de classer les symptômes invalidants des affections mentales par degré de gravité.

### COÛTS ÉCONOMIQUES POUR LA SOCIÉTÉ

Les conséquences économiques des troubles mentaux sont profondes, multiples et durables. Ces troubles entraînent toute une série de coûts pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. Certains de ces coûts sont évidents et quantifiables, d'autres presque im-



possibles à mesurer. Au nombre des premiers figurent le coût des services sanitaires et sociaux, la perte d'emploi et la baisse de productivité, l'incidence sur la famille et les gardes-malades, la criminalité et l'insécurité ainsi que le décès prématuré.

On a calculé, principalement dans des pays industrialisés, le coût économique total des troubles mentaux. Il a été ainsi estimé que le coût annuel cumulé aux Etats-Unis d'Amérique représentait environ 2,5 % du produit national brut (Rice et al., 1990). Quelques études ont été réalisées en Europe pour déterminer la part des dépenses consacrées aux troubles mentaux dans le coût total des services de santé. Le chiffre estimatif était de 23,2 % aux Pays-Bas (Meerding et al., 1998) et de 22 % au Royaume-Uni (Patel & Knapp, 1998), où seuls les frais d'hospitalisation ont été pris en compte. On ne dispose d'aucune estimation

**Figure 2.2 Principales cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), tous âges confondus et chez les 15-44 ans, par sexe, estimations pour 2000<sup>a</sup>**

Hommes et femmes, tous âges		% du total	Hommes, tous âges		% du total	Femmes, tous âges		% du total
1	Infections des voies respiratoires basses	6,4	1	Affections périnatales	6,4	1	VIH/SIDA	6,5
2	Affections périnatales	6,2	2	Infections des voies respiratoires basses	6,4	2	Infections des voies respiratoires basses	6,4
3	VIH/SIDA	6,1	3	VIH/SIDA	5,8	3	Affections périnatales	6,0
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,4	4	Maladies diarrhéiques	4,2	4	Troubles dépressifs unipolaires	5,5
5	Maladies diarrhéiques	4,2	5	Cardiopathie ischémique	4,2	5	Maladies diarrhéiques	4,2
6	Cardiopathie ischémique	3,8	6	Accidents de la voie publique	4,0	6	Cardiopathie ischémique	3,3
7	Maladie cérébrovasculaire	3,1	7	Troubles dépressifs unipolaires	3,4	7	Maladie cérébrovasculaire	3,2
8	Accidents de la voie publique	2,8	8	Maladie cérébrovasculaire	3,0	8	Paludisme	3,0
9	Paludisme	2,7	9	Tuberculose	2,9	9	Malformations congénitales	2,2
10	Tuberculose	2,4	10	Paludisme	2,5	10	Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,1
11	Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,3	11	Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,4	11	Anémie ferriprive	2,1
12	Malformations congénitales	2,2	12	Malformations congénitales	2,2	12	Tuberculose	2,0
13	Rougeole	1,9	13	Troubles liés à l'alcool	2,1	13	Rougeole	2,0
14	Anémie ferriprive	1,8	14	Rougeole	1,8	14	Atteinte auditive chez l'adulte	1,7
15	Atteinte auditive chez l'adulte	1,7	15	Atteinte auditive chez l'adulte	1,8	15	Accidents de la voie publique	1,5
16	Chutes	1,3	16	Violence	1,6	16	Arthrose	1,4
17	Lésions auto-infligées	1,3	17	Anémie ferriprive	1,5	17	Malnutrition protéino-énergétique	1,2
18	Troubles liés à l'alcool	1,3	18	Chutes	1,5	18	Lésions auto-infligées	1,1
19	Malnutrition protéino-énergétique	1,1	19	Lésions auto-infligées	1,5	19	Diabète sucré	1,1
20	Arthrose	1,1	20	Cirrhose du foie	1,4	20	Chutes	1,1

Hommes et femmes, 15-44 ans		% du total	Hommes, 15-44 ans		% du total	Femmes, 15-44 ans		% du total
1	VIH/SIDA	13,0	1	VIH/SIDA	12,1	1	VIH/SIDA	13,9
2	Troubles dépressifs unipolaires	8,6	2	Accidents de la voie publique	7,7	2	Troubles dépressifs unipolaires	10,6
3	Accidents de la voie publique	4,9	3	Troubles dépressifs unipolaires	6,7	3	Tuberculose	3,2
4	Tuberculose	3,9	4	Troubles liés à l'alcool	5,1	4	Anémie ferriprive	3,2
5	Troubles liés à l'alcool	3,0	5	Tuberculose	4,5	5	Schizophrénie	2,8
6	Lésions auto-infligées	2,7	6	Violence	3,7	6	Dystocie	2,7
7	Anémie ferriprive	2,6	7	Lésions auto-infligées	3,0	7	Trouble affectif bipolaire	2,5
8	Schizophrénie	2,6	8	Schizophrénie	2,5	8	Avortement	2,5
9	Trouble affectif bipolaire	2,5	9	Trouble affectif bipolaire	2,4	9	Lésions auto-infligées	2,4
10	Violence	2,3	10	Anémie ferriprive	2,1	10	Septicémie maternelle	2,1
11	Atteinte auditive chez l'adulte	2,0	11	Atteinte auditive chez l'adulte	2,0	11	Accidents de la voie publique	2,0
12	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1,5	12	Cardiopathie ischémique	1,9	12	Atteinte auditive chez l'adulte	2,0
13	Cardiopathie ischémique	1,5	13	Guerre	1,7	13	Chlamydie	1,9
14	Maladie cérébrovasculaire	1,4	14	Chutes	1,7	14	Trouble panique	1,6
15	Chutes	1,3	15	Cirrhose du foie	1,6	15	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1,5
16	Dystocie	1,3	16	Troubles liés à l'utilisation de drogues	1,6	16	Hémorragie maternelle	1,5
17	Avortement	1,2	17	Maladie cérébrovasculaire	1,5	17	Arthrose	1,4
18	Arthrose	1,2	18	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1,5	18	Maladie cérébrovasculaire	1,3
19	Guerre	1,2	19	Asthme	1,4	19	Migraine	1,2
20	Trouble panique	1,2	20	Noyades	1,1	20	Cardiopathie ischémique	1,1

<sup>a</sup>Les affections neuropsychiatriques et les lésions auto-infligées (voir le Tableau 3 de l'annexe) sont mises en évidence.

Figure 2.3 Principales causes d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI), tous âges confondus et chez les 15–44 ans, par sexe, estimations pour 2000<sup>a</sup>

Hommes et femmes, tous âges	% du total	Hommes, tous âges	% du total	Femmes, tous âges	% du total
1 Troubles dépressifs unipolaires	11,9	1 Troubles dépressifs unipolaires	9,7	1 Troubles dépressifs unipolaires	14,0
2 Atteinte auditive chez l'adulte	4,6	2 Troubles liés à l'alcool	5,5	2 Anémie ferriprive	4,9
3 Anémie ferriprive	4,5	3 Atteinte auditive chez l'adulte	5,1	3 Atteinte auditive chez l'adulte	4,2
4 Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,3	4 Anémie ferriprive	4,1	4 Arthrose	3,5
5 Troubles liés à l'alcool	3,1	5 Maladie pulmonaire obstructive chronique	3,8	5 Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,9
6 Arthrose	3,0	6 Chutes	3,3	6 Schizophrénie	2,7
7 Schizophrénie	2,8	7 Schizophrénie	3,0	7 Trouble affectif bipolaire	2,4
8 Chutes	2,8	8 Accidents de la voie publique	2,7	8 Chutes	2,3
9 Trouble affectif bipolaire	2,5	9 Trouble affectif bipolaire	2,6	9 Maladie d'Alzheimer et autres démences	2,2
10 Asthme	2,1	10 Arthrose	2,5	10 Dystocie	2,1
11 Malformations congénitales	2,1	11 Asthme	2,3	11 Cataractes	2,0
12 Affections périnatales	2,0	12 Affections périnatales	2,2	12 Migraine	2,0
13 Maladie d'Alzheimer et autres démences	2,0	13 Malformations congénitales	2,2	13 Malformations congénitales	1,9
14 Cataractes	1,9	14 Cataractes	1,9	14 Asthme	1,8
15 Accidents de la voie publique	1,8	15 Protéines énergétiques	1,8	15 Affections périnatales	1,8
16 Malnutrition protéino-énergétique	1,7	16 Maladie d'Alzheimer et autres démences	1,8	16 Chlamydirose	1,8
17 Maladie cérébrovasculaire	1,7	17 Maladie cérébrovasculaire	1,7	17 Maladie cérébrovasculaire	1,8
18 VIH/SIDA	1,5	18 VIH/SIDA	1,6	18 Malnutrition protéino-énergétique	1,6
19 Migraine	1,4	19 Filariose lymphatique	1,6	19 Avortement	1,6
20 Diabète sucré	1,4	20 Troubles liés à l'utilisation de drogues	1,6	20 Trouble panique	1,6

Hommes et femmes, 15–44 ans	% du total	Hommes, 15–44 ans	% du total	Femmes, 15–44 ans	% du total
1 Troubles dépressifs unipolaires	16,4	1 Troubles dépressifs unipolaires	13,9	1 Troubles dépressifs unipolaires	18,6
2 Troubles liés à l'alcool	5,5	2 Troubles liés à l'alcool	10,1	2 Anémie ferriprive	5,4
3 Schizophrénie	4,9	3 Schizophrénie	5,0	3 Schizophrénie	4,8
4 Anémie ferriprive	4,9	4 Trouble affectif bipolaire	5,0	4 Trouble affectif bipolaire	4,4
5 Trouble affectif bipolaire	4,7	5 Anémie ferriprive	4,2	5 Dystocie	4,0
6 Atteinte auditive chez l'adulte	3,8	6 Atteinte auditive chez l'adulte	4,1	6 Atteinte auditive chez l'adulte	3,6
7 VIH/SIDA	2,8	7 Accidents de la voie publique	3,8	7 Chlamydirose	3,3
8 Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,4	8 VIH/SIDA	3,2	8 Avortement	3,1
9 Arthrose	2,3	9 Troubles liés à l'utilisation de drogues	3,0	9 Trouble panique	2,8
10 Accidents de la voie publique	2,3	10 Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,6	10 VIH/SIDA	2,5
11 Trouble panique	2,2	11 Asthme	2,5	11 Arthrose	2,5
12 Dystocie	2,1	12 Chutes	2,4	12 Septicémie maternelle	2,3
13 Chlamydirose	2,0	13 Arthrose	2,1	13 Maladie pulmonaire obstructive chronique	2,2
14 Chutes	1,9	14 Filariose lymphatique	2,1	14 Migraine	2,1
15 Asthme	1,9	15 Trouble panique	1,6	15 Troubles liés à l'alcool	1,5
16 Troubles liés à l'utilisation de drogues	1,8	16 Tuberculose	1,6	16 Polyarthrite rhumatoïde	1,4
17 Avortement	1,6	17 Goutte	1,3	17 Trouble obsessionnel-compulsif	1,4
18 Migraine	1,6	18 Trouble obsessionnel-compulsif	1,3	18 Chutes	1,4
19 Trouble obsessionnel-compulsif	1,4	19 Violence	1,2	19 Etat de stress post-traumatique	1,4
20 Septicémie maternelle	1,2	20 Gonorrhée	1,1	20 Asthme	1,3

<sup>a</sup>Les affections neuropsychiatriques et les lésions auto-infligées (voir le Tableau 3 de l'annexe) sont mises en évidence.

scientifique pour d'autres régions du monde, mais il est probable que les troubles mentaux y représentent aussi une part substantielle du coût économique global. Si leur coût direct est modique dans les pays où les services de santé mentale sont rares et où leur couverture est faible, c'est parce que le coût indirect induit par la perte de productivité est proportionnellement plus important que le coût direct. En outre, l'économie que représente l'absence de traitement risque en fait d'accroître les coûts indirects en prolongeant la durée des troubles et des incapacités qu'ils entraînent (Chisholm et al., 2000).

Toutes ces estimations sont très certainement inférieures au coût économique réel puisqu'elles ne tiennent pas compte du coût, pour les malades et leur famille, des occasions perdues.

## INCIDENCE SUR LA QUALITÉ DE LA VIE

Les troubles mentaux et du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et de leur famille. Certes, le malheur et la souffrance ne se mesurent pas, mais on peut par exemple se faire une idée de l'impact de ces troubles grâce aux instruments servant à apprécier la qualité de la vie (Lehman et al., 1998). La méthode consiste à recueillir l'avis de l'intéressé sur plusieurs aspects de sa vie afin d'évaluer les conséquences néfastes des symptômes et des troubles (Orley et al., 1998). La qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux a fait l'objet de plusieurs études d'où il ressort que le préjudice est non seulement considérable, mais durable (UK700 Group, 1999). On a constaté que la qualité de vie reste médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent. Les résultats des études semblent indiquer aussi que les personnes souffrant de troubles graves et longtemps placées en institution ont une qualité de vie inférieure à celle des malades qui vivent dans la communauté. Une récente étude a clairement montré que la non-satisfaction des besoins sociaux et fonctionnels de base était le premier facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie chez les sujets atteints de troubles sévères (UK700 Group, 1999).

Les désordres graves ne sont pas les seuls à nuire à la qualité de la vie. L'anxiété et les troubles paniques ont eux aussi des répercussions considérables, notamment sur le fonctionnement psychologique (Mendlowicz & Stein, 2000 ; Orley & Kuyken, 1994).

## QUELQUES TROUBLES COURANTS

Les troubles mentaux et du comportement forment un ensemble hétérogène. Certains sont légers, d'autres graves ; tels ne durent que quelques semaines, tels autres toute la vie ; certains ne se détectent que par un examen approfondi, alors que d'autres sont patents, même pour un observateur non averti. Le présent rapport met l'accent sur quelques troubles courants qui font peser un lourd fardeau sur la collectivité et sont généralement considérés comme très préoccupants, à savoir : les troubles dépressifs, les troubles liés à l'utilisation de substances, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, le retard mental et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. Le fait que l'épilepsie figure parmi eux mérite quelques explications. L'épilepsie est un trouble neurologique, classé avec les autres maladies du système nerveux dans le chapitre VI de la CIM-10. Toutefois, elle était regardée autrefois comme un trouble mental et l'est encore dans de nombreuses sociétés. A l'instar des personnes atteintes de troubles mentaux, les épileptiques font l'objet d'une stigmatisation et sont sévèrement handicapés s'ils ne sont pas soignés. Par ailleurs, l'épilepsie est souvent prise en charge par les professionnels de la santé mentale, en raison de sa fréquence et de la relative rareté des services neurologiques spécialisés, surtout dans les pays en développement. De plus, dans nombre de pays, la loi interdit aux personnes atteintes de troubles mentaux ou d'épilepsie d'exercer certaines fonctions officielles.

Pour quelques troubles choisis à titre d'exemples, on a indiqué brièvement dans la section ci-après les données épidémiologiques de base, la charge de morbidité, l'évolution et l'issue, ainsi que toute caractéristique notable, avant de traiter des interventions (chapitre 3) et des politiques et programmes de santé mentale (chapitre 4).

## TROUBLES DÉPRESSIFS

La dépression se manifeste par une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. Les états dépressifs sont courants, surtout après une épreuve douloureuse, mais on ne diagnostique un trouble dépressif

que si les symptômes atteignent un certain seuil et durent au moins deux semaines. La dépression a différents degrés de gravité, qui vont de léger à grave (Figure 1.3). Elle est le plus souvent épisodique, mais peut être aussi récurrente ou chronique. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. D'après les estimations de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs unipolaires est de 1,9 % chez les hommes contre 3,2 % chez les femmes, et quelque 5,8 % des hommes et 9,5 % des femmes auront un épisode dépressif sur une période de 12 mois. Les chiffres diffèrent selon les populations et sont parfois plus élevés chez certaines.

L'analyse de la CMM en 2000 montre aussi que les troubles dépressifs unipolaires sont un énorme fardeau pour la société et se placent au cinquième rang des causes de morbidité, avec 4,4 % des AVCI et le plus fort pourcentage d'AVI, soit 11,9 %. Dans la tranche d'âge 15-44 ans, c'est la deuxième cause de morbidité, avec 8,3 % des AVCI. Déjà considérable aujourd'hui, comme le montrent sans ambiguïté ces estimations, la charge de morbidité imputable à la dépression devrait s'accroître encore à l'avenir. En 2020, si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, elle représentera 5,7 % de la charge totale de morbidité et deviendra la deuxième cause d'AVCI dans le monde, après les maladies cardio-vasculaires ischémiques, chez les deux sexes. Dans les pays développés, elle viendra en tête des causes de morbidité.

La dépression peut survenir à tout moment de l'existence, mais son incidence est maximum dans les classes d'âge moyennes. Toutefois, on prend de plus en plus conscience du problème chez les adolescents et les jeunes adultes (Lewinsohn et al., 1993). Il s'agit d'un trouble essentiellement caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs qui durent quelques mois, voire quelques années, et entre lesquels le sujet est normal. Dans quelque 20 % des cas, cependant, la dépression suit une évolution chronique sans rémission (Thornicroft & Sartorius, 1993), surtout en l'absence de traitement adéquat. Le taux de récurrence est de 35 % environ pendant les deux années qui suivent le premier épisode, et de 60 % environ sur 12 ans. Il est plus élevé chez les plus de 45 ans. L'issue la plus tragique est le suicide. Près de 15 à 20 % des dépressifs mettent fin à leurs jours (Goodwin & Jamison, 1990). Le suicide demeure une issue fréquente et pourtant évitable de la dépression.

Le trouble affectif bipolaire est une maladie dépressive s'accompagnant d'épisodes maniaques caractérisés par une élévation de l'humeur, une augmentation de l'activité, une surestimation de soi et une diminution de la concentration. D'après les estimations de la CMM en 2000, sa prévalence ponctuelle se situe aux alentours de 0,4 %.

Pour résumer, la dépression est un trouble mental courant, responsable d'une lourde charge de morbidité, et qui devrait progresser au cours des 20 prochaines années.

## TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES

Parmi les troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives figurent les troubles liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés tels que l'opium ou l'héroïne, de dérivés du cannabis comme la marijuana, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autres stimulants, d'hallucinogènes, de tabac et de solvants volatils. Le tableau clinique comprend l'intoxication, l'utilisation nocive pour la santé, la dépendance et les troubles psychotiques. On pose le diagnostic d'utilisation nocive lorsque la consommation est préjudiciable à la santé physique ou mentale. Le syndrome de dépendance se caractérise par un désir puissant d'utiliser la substance, une difficulté à en contrôler l'utilisation, un syndrome de sevrage physiologique, une tolérance aux effets de la substance, l'abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui.

Les substances consommées (et les troubles qui y sont liés) varient d'une région à l'autre, mais, dans l'ensemble du monde, les produits les plus utilisés et qui ont les plus graves conséquences en santé publique sont le tabac et l'alcool.

L'usage du tabac est extrêmement répandu, le plus souvent sous la forme de cigarettes. La Banque mondiale estime que, dans les pays à haut revenu, les soins liés au tabagisme représentent 6 à 15,1 % des dépenses annuelles de santé (Banque mondiale, 1999).

Aujourd'hui, près d'un adulte sur trois fume, soit 1,2 milliard de personnes. D'ici 2025, le nombre de fumeurs devrait dépasser 1,6 milliard. On estime qu'en 1990, le nombre annuel de décès dus au tabac était supérieur à 3 millions, chiffre qui est passé à 4 millions en 1998. Selon les prévisions, le nombre de décès imputables au tabac sera de 8,4 millions en 2020 et atteindra 10 millions par an vers 2030. Toutefois, la progression ne sera pas uniformément répartie. On s'attend en effet à ce que les décès augmentent de 50 % dans les pays développés, passant de 1,6 à 2,4 millions, tandis qu'en Asie, ils seront quasiment multipliés par quatre, passant de 1,1 million en 1990 à un total estimatif de 4,2 millions en 2020 (Murray & Lopez, 1997).

Outre les facteurs sociaux et comportementaux à l'origine du tabagisme, on observe chez la majorité des fumeurs réguliers une dépendance manifeste à la nicotine qui les empêche de renoncer au tabac. L'Encadré 2.3 décrit le lien entre les troubles mentaux et le tabagisme.

L'alcool est lui aussi d'usage courant dans la plupart des régions du monde. La prévalence ponctuelle des troubles liés à l'alcool (utilisation nocive pour la santé et dépendance) chez l'adulte serait voisine de 1,7 % selon l'analyse de la CMM en 2000. Le taux est de 2,8 % chez les hommes et de 0,5 % chez les femmes. La prévalence varie énormément selon les régions : très faible dans certains pays du Moyen-Orient, elle dépasse 5 % en Amérique du Nord et dans certaines parties d'Europe orientale.

### Encadré 2.3 Tabagisme et troubles mentaux

Le lien entre le tabagisme et les troubles mentaux est complexe. Les résultats de la recherche montrent que les professionnels de la santé mentale devraient accorder bien plus d'attention à l'usage du tabac chez leurs patients pendant et après le traitement afin de prévenir les problèmes qui y sont associés.

Les personnes atteintes de troubles mentaux fument près de deux fois plus que les autres ; les schizophrènes et les alcool-dépendants sont très souvent de gros fumeurs, la proportion pouvant atteindre 86 %.<sup>1-3</sup> Une étude récemment menée aux États-Unis d'Amérique a révélé que 41 % des personnes souffrant de troubles mentaux fumaient, contre 22,5 % de la population générale ; 44 %

des cigarettes fumées dans ce pays le seraient par des malades mentaux.<sup>4</sup>

Le tabagisme régulier commence plus jeune chez les adolescents de sexe masculin atteints d'un trouble de l'attention,<sup>5</sup> et les personnes souffrant de dépression sont plus nombreuses à fumer.<sup>6</sup> On a longtemps pensé que les sujets déprimés avaient tendance à fumer davantage à cause de leurs symptômes, mais de nouveaux éléments semblent indiquer une relation inverse. Une étude chez les adolescents a en effet montré que la dépression survient plus souvent chez ceux qui fument déjà, ce qui tendrait à prouver que le tabagisme est en fait à l'origine de la dépression dans cette tranche d'âge.<sup>7</sup>

Les personnes souffrant de trou-

bles liés à l'utilisation d'alcool et de drogues changent elles aussi systématiquement de comportement à l'égard du tabac quand elles sont sous traitement. D'après une récente étude, les gros fumeurs réduisent leur consommation de tabac pendant la cure de désintoxication, alors que ceux qui fumaient peu se mettent à fumer davantage.<sup>8</sup>

Les raisons précises pour lesquelles le tabagisme est fréquent chez les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement restent floues ; des mécanismes neurochimiques ont été mis en cause.<sup>9</sup> La nicotine est une substance chimique fortement psychoactive qui influe diversement sur le cerveau : elle a un effet de « renforcement » et elle active le système récompensant ; elle stimule égale-

ment la production de dopamine dans certaines parties du cerveau en rapport étroit avec les troubles mentaux. Il se peut aussi que les malades mentaux consomment de la nicotine pour atténuer leur détresse et les autres effets indésirables de leurs symptômes. L'environnement social, notamment l'isolement et l'ennui, peut également jouer un rôle. C'est particulièrement frappant en milieu institutionnel. Quoi qu'il en soit, il ne fait aucun doute que les personnes atteintes de troubles mentaux s'exposent à des risques supplémentaires en fumant beaucoup.

<sup>1</sup> Hugues JR et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 993-997.

<sup>2</sup> Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.

<sup>3</sup> True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.

<sup>4</sup> Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.

<sup>5</sup> Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12): 1791-1796.

<sup>6</sup> Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-368.

<sup>7</sup> Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4): 748-755.

<sup>8</sup> Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443-450.

<sup>9</sup> Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

Etant donné que la consommation d'alcool augmente rapidement dans certains pays en développement (Jernigan et al., 2000 ; Riley & Marshall, 1999 ; OMS, 1999), la situation risque de s'aggraver encore (OMS, 2000b). Chez les populations indigènes du monde entier, l'abus d'alcool et les problèmes qui y sont associés sont plus fréquents et constituent un grave sujet de préoccupation.

L'alcoolisme est une cause importante de morbidité. D'après l'étude sur la charge mondiale de morbidité (Murray & Lopez, 1996a), il serait à l'origine de 1,5 % de tous les décès et de 3,5 % du total des AVCI. Cette charge globale comprend les troubles physiques (comme la cirrhose) et les traumatismes (par exemple, les accidents de la circulation) imputables à l'alcool.

L'alcool coûte cher à la société. Le coût annuel de l'alcoolisme aux Etats-Unis d'Amérique a été estimé à US \$148 milliards, dont US \$19 milliards pour les dépenses de santé (Harwood et al., 1998). Au Canada, le coût économique de l'alcoolisme s'élève approximativement à US \$18,4 milliards, soit 2,7 % du produit intérieur brut. Les statistiques d'autres pays situent le coût des problèmes liés à l'alcool à environ 1 % du produit intérieur brut (Collins & Lapsely, 1996 ; Rice et al., 1991). D'après une récente étude, les frais hospitaliers liés à l'alcoolisme atteignaient en 1998 US \$51 millions au Nouveau-Mexique (Etats-Unis d'Amérique), alors que les taxes sur l'alcool ne dépassaient pas US \$35 millions (New Mexico Department of Health, 2001), ce qui montre clairement que la collectivité dépense plus pour le traitement des problèmes liés à l'alcool que ce produit ne lui rapporte.

Outre le tabac et l'alcool, bien d'autres substances, généralement regroupées dans la catégorie générale des drogues, peuvent être nocives pour la santé. Cette catégorie englobe les drogues illicites telles que l'héroïne, la cocaïne et le cannabis. La prévalence sur une période de la toxicomanie et de la pharmacodépendance se situe entre 0,4 % et 4 %, mais le type de produit consommé varie énormément d'une région à l'autre. D'après l'analyse de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle des troubles liés à l'utilisation d'héroïne et de cocaïne serait de 0,25 %. L'injection de drogue présente un risque d'infection considérable, notamment par les virus des hépatites B et C et par le VIH. On estime à 5 millions environ le nombre de personnes dans le monde qui s'injectent des drogues illicites. La prévalence de l'infection à VIH chez cette catégorie de toxicomanes atteint 20 à 80 % dans de nombreuses villes. La fréquence croissante de la transmission du VIH par l'injection de drogues suscite une vive inquiétude partout dans le monde, et surtout dans les pays d'Europe centrale et orientale (ONUSIDA, 2000).

D'après le calcul de la CMM en 2000, les drogues illicites seraient responsables de 0,4 % de la charge totale de morbidité. Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût économique de l'abus de drogues et de la pharmacodépendance a été estimé à US \$98 milliards (Harwood et al., 1998). Toutefois, la charge de morbidité et le coût estimé ne tiennent pas compte des répercussions sociales de la toxicomanie. La consommation de tabac et d'alcool, qui favorise le passage à d'autres substances psychoactives, commence en effet chez les jeunes. Ainsi, le tabac et l'alcool contribuent indirectement à une bonne partie de la charge de morbidité liée à l'utilisation d'autres produits et aux maladies qui en résultent.

On se demande souvent si les troubles liés à l'utilisation de substances sont de véritables pathologies ou des comportements déviants de personnes qui s'adonnent délibérément à une activité qui leur est préjudiciable. Le fait d'essayer une substance psychoactive relève généralement d'un choix personnel, alors que la dépendance engendrée par un usage répété ne résulte pas d'une décision consciente et éclairée ni d'une faiblesse morale, mais d'un ensemble complexe de facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux. Il est très difficile de déterminer le moment exact où une personne devient dépendante d'une substance (qu'elle soit licite ou illicite), et il semble bien que la dépendance ne soit pas un état bien défini, mais qu'elle s'installe progressivement, d'abord discrète pour devenir ensuite grave et lourde de conséquences physiques, mentales et socio-économiques.



De plus en plus de données mettent en évidence des modifications neurochimiques au niveau cérébral qui accompagnent, et surtout expliquent, nombre de caractéristiques essentielles de la pharmacodépendance. Même les données cliniques incitent à considérer la pharmacodépendance à la fois comme une pathologie chronique et comme un problème social (Leshner, 1997 ; McLellan et al., 2000). Les origines communes de la dépendance à diverses substances et la forte prévalence de la dépendance multiple portent à croire également que la pharmacodépendance est un trouble mental complexe qui pourrait être dû à un dysfonctionnement cérébral.

## SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est un trouble grave qui se déclare généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle se caractérise par des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception ainsi que par des affects inappropriés. Ce désordre entraîne une altération des fonctions les plus essentielles qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Le comportement peut être gravement perturbé pendant certaines phases et avoir des conséquences sociales néfastes. Le sujet schizophrène croit fermement à des idées fausses et sans aucun fondement (délires).

L'évolution de la schizophrénie est variable. Dans un tiers des cas environ, la rémission symptomatique et sociale est complète. La schizophrénie peut cependant devenir chronique ou récurrente, avec symptômes résiduels et rémission sociale incomplète. Les sujets atteints de schizophrénie chronique représentaient autrefois un vaste contingent des malades soignés dans les établissements psychiatriques, et c'est toujours le cas lorsque ces institutions existent encore. Grâce aux progrès des pharmacothérapies et des thérapies psychosociales, près de la moitié des personnes chez qui se déclare une schizophrénie peuvent espérer une guérison complète et durable. Chez environ un cinquième des autres seulement, les activités quotidiennes restent profondément perturbées.

La fréquence du trouble est quasi identique pour les deux sexes, mais on note chez la femme un âge de survenue souvent plus tardif ainsi qu'une évolution et un pronostic plus favorables.

L'étude sur la CMM en 2000 rapporte une prévalence ponctuelle de 0,4 %. La schizophrénie est très incapacitante. D'après une étude réalisée récemment dans 14 pays sur les incapacités associées aux affections physiques et mentales, la psychose évolutive a été placée au troisième rang des maladies invalidantes par la population générale, avant la paralégie et la cécité (Üstün et al., 1999).

Selon l'étude sur la charge mondiale de morbidité, la schizophrénie est responsable de 1,1 % du nombre total d'AVCI et de 2,8 % des AVI. Son coût économique pour la société est lui aussi important. Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût direct de la schizophrénie a été estimé pour 1991 à US \$19 milliards et la perte de productivité à US \$46 milliards.

Même quand les symptômes les plus évidents ont disparu, il reste parfois des symptômes résiduels : manque d'intérêt et d'initiative dans les activités quotidiennes et au travail, altération des performances sociales et incapacité de s'adonner à des activités de loisir. Ces symptômes, qui risquent d'entraîner une incapacité permanente et une détérioration de la qualité de vie, peuvent représenter un fardeau considérable pour les familles (Pai & Kapur, 1982). Il a été montré à maintes reprises que la schizophrénie suit un cours moins défavorable dans les pays en développement (Kulhara & Wig, 1978 ; Thara & Eaton, 1996). Dans l'une des études internationales multisites, par exemple, 63 % des malades étaient en rémission complète au bout de deux ans dans les pays en développement, contre 37 % dans les pays développés (Jablensky et al., 1992). On a tenté d'expliquer cette différence par le fait que les liens familiaux sont plus solides et les malades moins sollicités, mais les raisons exactes restent floues.

Un nombre important de schizophrènes tentent de se suicider à un stade ou à un autre



de leur maladie. D'après une récente étude, 30 % des personnes chez qui l'on avait diagnostiqué une schizophrénie avaient fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Radomsky et al., 1999). Environ 10 % des schizophrènes se donnent la mort (Caldwell & Gottesman, 1990). A l'échelle mondiale, la schizophrénie réduit de 10 ans en moyenne la durée de vie des personnes atteintes.

## EPILEPSIE

L'épilepsie est l'affection cérébrale la plus répandue dans la population générale. Elle se caractérise par des crises récurrentes dues à des décharges électriques excessives dans une partie ou dans la totalité du cerveau. La plupart des épileptiques ne présentent pas d'anomalie cérébrale évidente ou démontrable, hormis les décharges paroxystiques. Toutefois, chez un certain nombre de sujets, la maladie s'accompagne d'une lésion cérébrale qui peut être à l'origine d'autres dysfonctionnements physiques comme la spasticité ou l'arriération mentale.

Ses causes sont diverses : prédisposition génétique, lésions cérébrales dues à des complications à la naissance, infections ou parasitoses, traumatismes crâniens, intoxication et tumeurs. Dans les pays en développement, la cysticercose, la schistosomiase, la toxoplasmose, le paludisme et l'encéphalite tuberculeuse ou virale figurent parmi les maladies infectieuses fréquemment responsables de l'épilepsie (Senanayake & Román, 1993). Les crises épileptiques sont de fréquence très variable et peuvent tout aussi bien survenir plusieurs fois par jour qu'une seule fois en plusieurs mois. L'épilepsie se manifeste différemment selon les zones du cerveau touchées. Il se produit généralement une perte de conscience soudaine pouvant s'accompagner de convulsions. Une chute pendant la crise peut provoquer des traumatismes.

D'après les estimations de la CMM en 2000, 37 millions environ de personnes dans le monde souffrent d'épilepsie primaire. Si l'on tient compte des cas dus à d'autres maladies ou à des traumatismes, le nombre total de personnes atteintes passe à près de 50 millions. On estime que plus de 80 % des épileptiques vivent dans les pays en développement.

L'épilepsie représente un fardeau important pour la collectivité, surtout dans les pays en développement où, la plupart du temps, elle n'est pas soignée. D'après les estimations de la CMM en 2000, elle est à l'origine de 0,5 % de la charge totale de morbidité. Outre une incapacité physique et mentale, elle entraîne souvent de graves conséquences psychosociales pour le malade et sa famille. La stigmatisation que suscite cette maladie empêche les épileptiques de prendre part à des activités normales comme l'éducation, le mariage, le travail et le sport.

L'épilepsie se déclare en général pendant l'enfance et peut devenir chronique. Le taux de guérison spontanée est assez élevé et nombre de cas initialement diagnostiqués n'ont plus de crises au bout de trois ans.

## MALADIE D'ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive. La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer débute de façon insidieuse et provoque une lente détérioration. Il faut faire une distinction nette entre cette maladie et le déclin normal des fonctions cognitives lié au vieillissement. Celui-ci est bien moins prononcé, beaucoup plus progressif et moins invalidant. La maladie d'Alzheimer survient généralement après l'âge de 65 ans, mais il n'est pas

rare qu'elle débute plus tôt. L'incidence augmentant rapidement avec l'âge (elle double en gros tous les 5 ans), le nombre total de personnes atteintes croît à mesure que l'espérance de vie augmente dans la population.

On a fait de nombreuses études d'incidence et de prévalence de la maladie d'Alzheimer. Les échantillons étudiés se composent généralement de personnes de plus de 65 ans, encore que certaines études aient porté sur des populations plus jeunes, notamment dans les pays où l'espérance de vie est plus courte (en Inde, par exemple). Les chiffres de prévalence sont très variables (entre 1 % et 5 %), en partie à cause de la différence d'âge des échantillons et des différents critères diagnostiques utilisés. Selon l'étude de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle de la maladie d'Alzheimer et autres démences est de 0,6 % au total. Au-delà de 60 ans, elle est de 5 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes. Rien ne permet de penser que l'incidence diffère selon les sexes, mais, comme les femmes vivent plus longtemps, elles sont évidemment plus nombreuses à souffrir de cette maladie.

La cause exacte de la maladie d'Alzheimer demeure inconnue. Plusieurs hypothèses ont été avancées : perturbation du métabolisme et de la régulation du précurseur de la protéine amyloïde, des protéines de la plaque, des protéines tau, du zinc et de l'aluminium (Drouet et al., 2000 ; Cuajungco & Lees, 1997).

D'après les estimations de la CMM en 2000, les démences sont à l'origine de 0,84 % des AVC et de 2,0 % des AVI. Compte tenu du vieillissement de la population, surtout dans les pays industrialisés, ces chiffres devraient augmenter rapidement au cours des 20 prochaines années.

Le coût de la maladie d'Alzheimer pour la société est déjà considérable (Rice et al., 1993) et continuera de croître (Brookmeyer & Gray, 2000). Aux États-Unis d'Amérique, le coût direct et le coût total seraient respectivement de US \$536 millions et US \$1,75 milliard pour l'année 2000.

## RETARD MENTAL

Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Également appelé arriération mentale ou déficience intellectuelle, il peut être associé à un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément. Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. On distingue plusieurs degrés de retard mental : léger (QI de 50 à 69), moyen (QI de 35 à 49), grave (QI de 20 à 34) et profond (QI inférieur à 20).

Les chiffres de prévalence varient beaucoup en fonction des critères et méthodes utilisés ainsi que de la tranche d'âge des échantillons. On estime que la prévalence globale du retard mental se situe entre 1 % et 3 %, ce taux étant de 0,3 % pour les formes moyenne, grave et profonde. Il est plus répandu dans les pays en développement parce que les traumatismes et l'anoxie néonatale y sont plus fréquents, de même que les atteintes cérébrales d'origine infectieuse pendant la petite enfance. L'une des causes courantes de retard mental est la carence en iode, qui provoque le crétinisme (Sankar et al., 1998). La carence en iode est la première cause évitable de lésion cérébrale et d'arriération mentale (Delange, 2000).

Le retard mental représente un lourd handicap pour l'individu et sa famille. En cas de retard mental grave, le sujet ne peut sans assistance s'acquitter de ses activités quotidiennes et prendre soin de sa personne. Il n'existe aucune statistique de la charge de morbidité imputable à l'ensemble des retards mentaux, mais tout porte à croire qu'elle est importante. Dans la plupart des cas, le handicap est permanent.

## TROUBLES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Contrairement à une idée répandue, les troubles mentaux et du comportement sont courants pendant l'enfance et l'adolescence. Malheureusement, c'est un aspect négligé de la santé mentale. Dans un rapport récent (DHHS, 2001), le Directeur des Services de Santé des États-Unis d'Amérique parle à ce propos de crise de santé publique. D'après ce rapport, un jeune Américain sur dix souffre d'une maladie mentale suffisamment grave pour constituer une forme quelconque de handicap et, pourtant, moins d'un malade sur cinq est correctement soigné. Dans une grande partie du monde en développement, la situation est sans doute bien pire encore.

La CIM-10 distingue deux grandes catégories de troubles spécifiques à l'enfance et à l'adolescence : d'une part, ceux du développement psychologique et, d'autre part, les troubles du comportement et troubles émotionnels. Les premiers se caractérisent par des difficultés ou un retard dans l'acquisition de certaines fonctions telles que la parole et le langage (dyslexie) ou par des troubles envahissants du développement (l'autisme, par exemple). Ils évoluent de manière régulière, sans rémission ni rechutes, encore que la plupart tendent à s'atténuer avec l'âge. Le grand groupe des dyslexies réunit les troubles de la lecture et de l'orthographe. On ignore encore leur prévalence, mais elle pourrait se situer aux alentours de 4 % chez les enfants d'âge scolaire (Spagna et al., 2000). La deuxième catégorie, troubles du comportement et troubles émotionnels, regroupe les troubles hyperkinétiques (dans la CIM-10), les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (dans le DSM-IV, APA, 1994), les troubles des conduites et les troubles émotionnels de l'enfance. En outre, nombre de troubles plus fréquents chez l'adulte débutent parfois pendant l'enfance. La dépression, de plus en plus souvent observée chez l'enfant, en est un exemple.

**Tableau 2.2 Prévalence des troubles de l'enfance et de l'adolescence d'après certaines études**

Pays	Age (années)	Prévalence (%)
Allemagne <sup>1</sup>	12-15	20,7
Espagne <sup>2</sup>	8, 11, 15	21,7
Etats-Unis d'Amérique <sup>3</sup>	1-15	21,0
Ethiopie <sup>4</sup>	1-15	17,7
Inde <sup>5</sup>	1-16	12,8
Japon <sup>6</sup>	12-15	15,0
Suisse <sup>7</sup>	1-15	22,5

<sup>1</sup> Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

<sup>2</sup> Gomez-Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

<sup>3</sup> Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

<sup>4</sup> Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl): 92-97.

<sup>5</sup> Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (données non publiées).

<sup>6</sup> Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

<sup>7</sup> Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.

On a fait plusieurs études sur la prévalence globale des troubles mentaux et du comportement chez l'enfant dans les pays développés et dans les pays en développement. Le Tableau 2.2 en résume certains résultats. Le taux de prévalence varie beaucoup selon les études, mais il semblerait que 10 à 20 % des enfants présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement. Ces estimations élevées de la morbidité chez l'enfant et l'adolescent sont sujettes à caution. L'enfance et l'adolescence étant des phases de développement, il est difficile de tracer clairement la frontière entre les phénomènes anormaux et ceux qui font partie du développement normal. Dans beaucoup d'études, les cas ont été recensés à l'aide de questionnaires sur les caractéristiques comportementales remplis par les parents et les enseignants. Or les renseignements ainsi recueillis, quoique utiles pour repérer les enfants qui ont besoin d'une attention particulière, peuvent ne pas correspondre à un diagnostic précis.

Les troubles mentaux et du comportement qui apparaissent pendant l'enfance et l'adolescence ont, pour la société, un coût humain et financier très élevé. La charge totale de morbidité liée à ces troubles n'a pas été estimée, ce qui serait d'ailleurs extrêmement difficile étant donné que bon nombre d'entre eux sont parfois les signes avant-coureurs de troubles bien plus invalidants à un âge plus avancé.

## COMORBIDITÉ

Il arrive souvent qu'un individu soit atteint de plusieurs troubles mentaux à la fois, comme il peut l'être de plusieurs affections physiques dont la présence simultanée est aussi bien trop fréquente pour être une simple coïncidence. Ce phénomène devient plus fréquent avec l'âge, quand un certain nombre de troubles physiques et mentaux coexistent. Une comorbidité physique peut non seulement accompagner des troubles mentaux comme la dépression, mais aussi influencer sur la survenue et la persistance de cette dépression (Geerlings et al., 2000).

D'après l'une des études bien conçues, réalisée sur un échantillon représentatif de la population des Etats-Unis d'Amérique (Kessler et al., 1994), 79 % des malades cumulent plusieurs troubles ; 21 % seulement n'en ont qu'un. Plus de la moitié des troubles survenant tout au long de la vie se concentrent chez 14 % de la population. Les études réalisées dans d'autres pays donnent des résultats similaires, mais on manque de données sur les pays en développement.

L'anxiété et les troubles dépressifs se conjuguent chez la moitié environ de tous les sujets concernés (Zimmerman et al., 2000). Autre cas de figure courant : la présence de troubles mentaux associés à l'utilisation de substances et à la pharmacodépendance. Entre 30 et 90 % des personnes qui consultent les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes présentent une « double pathologie » (Gossop et al., 1998). Inversement, les troubles liés à l'alcoolisme sont fréquents parmi les patients des services de santé mentale (65 % d'après Rachliesel et al., 1999), de même que chez les schizophrènes (12 à 50 %).

La coexistence de troubles prononcés a d'importantes répercussions sur le diagnostic, le traitement et la réadaptation; elle aggrave d'autant l'incapacité du malade et le fardeau qui incombe à la famille.

## SUICIDE

Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. C'est aujourd'hui un problème de santé publique majeur. La moyenne des taux comparatifs de suicide par âge dans les 53 pays pour lesquels on dispose de données complètes était de 15,1 pour 100 000 en 1996. Le taux était de 24,0 pour 100 000 chez les hommes et de 6,8 pour 100 000 chez les femmes. Le taux de suicide est presque partout plus élevé chez les hommes que chez les femmes, dans une proportion globale de 3,5 pour 1. Dans les 39 pays qui ont des données complètes pour la trentaine d'années que couvre la période 1970-1996, les taux de suicide semblent relativement stables, mais les chiffres globaux masquent d'importantes différences selon le sexe, l'âge, la géographie, et concernant les tendances à long terme.

Les écarts sont aussi très marqués sur le plan géographique. Les tendances observées dans les plus grands pays du monde (ceux dont la population excède 100 millions) devraient donner des indications fiables sur la mortalité par suicide. Les chiffres de ces 15 dernières années sont connus pour sept des onze pays les plus peuplés. La mortalité par suicide a augmenté de près de 62 % au Mexique et baissé de 17 % en Chine, tandis qu'aux Etats-Unis d'Amérique et en Fédération de Russie, le chiffre est le même (5,3 %) mais l'évolution inverse, comme le montre la Figure 2.4. Deux remarques s'imposent : d'une part, seule la taille de la population semble rapprocher ces pays que presque tout distingue par ailleurs ; d'autre part, l'importance de la variation dans le temps n'est pas révélatrice de l'importance réelle des taux de suicide dans ces pays qui, d'après les chiffres les plus récents qu'on ait, s'échelonnent entre 3,4 pour 100 000 au Mexique, 14,0 pour 100 000 en Chine et 34,0 pour 100 000 en Fédération de Russie.

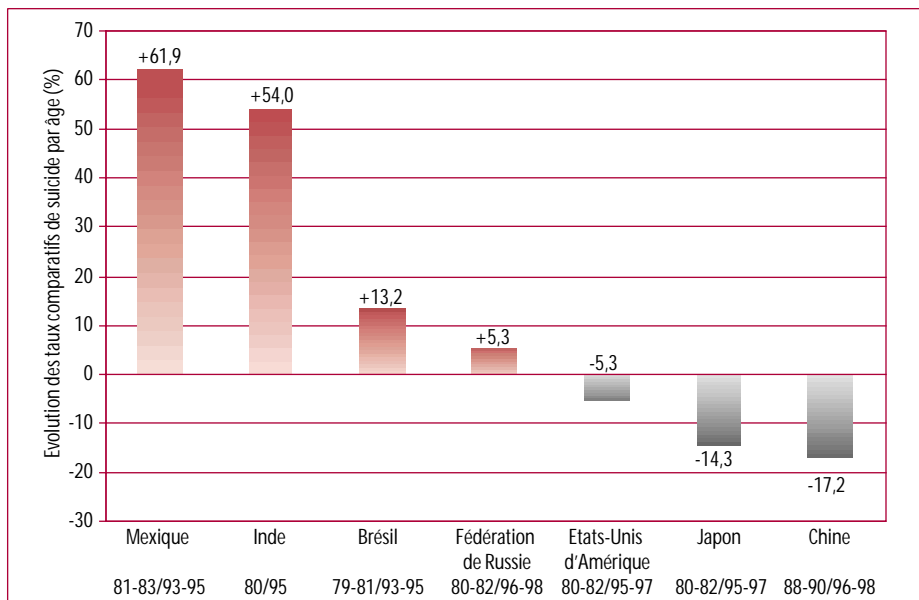
Il est très difficile, voire impossible de trouver une explication commune à ces écarts. Les changements socio-économiques (de quelque nature qu'ils soient) sont souvent considérés comme favorables à une hausse des taux de suicide. Même si ce lien a été observé à plusieurs reprises, des hausses ont aussi été enregistrées en période de stabilité socio-économique et, à l'inverse, des taux stables en plein bouleversement socio-économique. Il se peut néanmoins que les chiffres globaux masquent d'importants écarts entre certaines parties de la population. Ainsi, une évolution nulle des taux de suicide peut dissimuler une hausse chez les hommes statistiquement compensée par une baisse chez les femmes (comme on le voit en Australie, au Chili, à Cuba, en Espagne et au Japon) ; il en va parfois de même pour les classes d'âge situées aux deux extrémités du spectre, à savoir les adolescents et les personnes âgées (c'est le cas en Nouvelle-Zélande). On a constaté qu'une montée du chômage s'accompagne, mais pas toujours, d'une baisse du taux de suicide dans la population générale (en Finlande, par exemple) et d'une hausse chez les personnes âgées et les retraités (en Suisse, par exemple).

La consommation d'alcool (notamment en Fédération de Russie et dans les Etats baltes) ainsi que le libre accès à certaines substances toxiques (en Chine, en Inde et à Sri Lanka, par exemple) et aux armes à feu (à El Salvador et aux Etats-Unis d'Amérique, entre autres) semblent, d'après les études réalisées jusqu'à présent, associés de façon certaine aux taux de suicide dans tous les pays, industrialisés ou en développement. Encore une fois, les chiffres d'ensemble peuvent masquer d'importants écarts, par exemple entre zones rurales et zones urbaines (c'est le cas en Chine et en République islamique d'Iran).

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les jeunes adultes : il figure parmi les trois premières causes de décès dans la tranche d'âge 15-34 ans et, comme le montrent les deux exemples de la Figure 2.5, il est fréquent chez les 15-34 ans (première ou deuxième cause de décès pour les deux sexes). La société perd ainsi une foule de jeunes à l'âge où ils lui sont le plus utiles. D'après des données relatives à quelques pays seulement, il y aurait jusqu'à 20 fois plus de tentatives de suicide que de suicides effectifs.

Les lésions auto-infligées, suicide compris, ont causé quelque 814 000 décès en 2000. D'après l'étude sur la CMM en 2000, elles représentaient 1,3 % du total des AVCI.

**Figure 2.4 Evolution des taux comparatifs de suicide par âge au cours de périodes données dans des pays de plus de 100 millions d'habitants**



Le trouble mental qui conduit le plus souvent au suicide est la dépression, mais les taux sont élevés aussi pour la schizophrénie. En outre, le suicide est souvent lié à l'utilisation de substances par l'intéressé ou par un membre de sa famille. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale, il a été établi récemment que la majeure partie des suicides avaient un lien avec l'alcool (Rossow, 2000).

Il est notoire que, dans n'importe quelle région, l'accès à des moyens de se suicider a un effet déterminant sur le taux de suicide. L'étude de ce phénomène a surtout porté sur les armes à feu ; on a constaté une forte mortalité par suicide chez les personnes qui avaient acheté une arme peu de temps auparavant (Wintemute et al., 1999). De toutes les personnes décédées de blessure par arme à feu aux Etats-Unis d'Amérique en 1997, 54 % s'étaient donné la mort (Rosenberg et al., 1999).

Il faut toujours tenir compte du contexte local pour expliquer précisément les variations des taux de suicide. Une surveillance épidémiologique et des travaux de recherche localement adaptés s'imposent d'urgence pour mieux comprendre ce grave problème de santé publique et améliorer les moyens de prévention.

## DÉTERMINANTS DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Une série de facteurs déterminent la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement. Il s'agit de facteurs socio-économiques, de facteurs démographiques tels que le sexe et l'âge, d'événements graves comme les conflits et les catastrophes, de la présence de maladies physiques graves et du milieu familial, qui sont brièvement décrits ici pour illustrer la manière dont ils influent sur la santé mentale.

### PAUVRETÉ

La misère et les maux qui y sont associés : chômage, manque d'instruction, privations et absence de domicile fixe ne sont pas seulement largement répandus dans les pays pauvres ; ils touchent aussi une importante minorité de pays riches. Les résultats d'enquêtes

**Figure 2.5 Le suicide parmi les premières causes de décès chez les 15-34 ans dans certains pays de la Région européenne et en Chine, 1998**

Région européenne (pour certains pays seulement) <sup>a</sup>		
Hommes et femmes	Hommes	Femmes
1. Accidents de transport	1. Accidents de transport	1. Ensemble des cancers
2. Suicide	2. Suicide	2. Accidents de transport
3. Ensemble des cancers	3. Ensemble des cancers	3. Suicide

Chine (dans certaines zones seulement) <sup>b</sup>		
Hommes et femmes (zones rurales et urbaines)	Hommes (zones rurales)	Femmes (zones rurales)
1. Suicide	1. Accidents de véhicule à moteur	1. Suicide
2. Accidents de véhicule à moteur	2. Ensemble des cancers	2. Ensemble des cancers
3. Ensemble des cancers	3. Suicide	3. Ensemble des maladies cardio-vasculaires

<sup>a</sup> Albanie, Allemagne, Autriche, Bulgarie, Croatie, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Israël, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie.

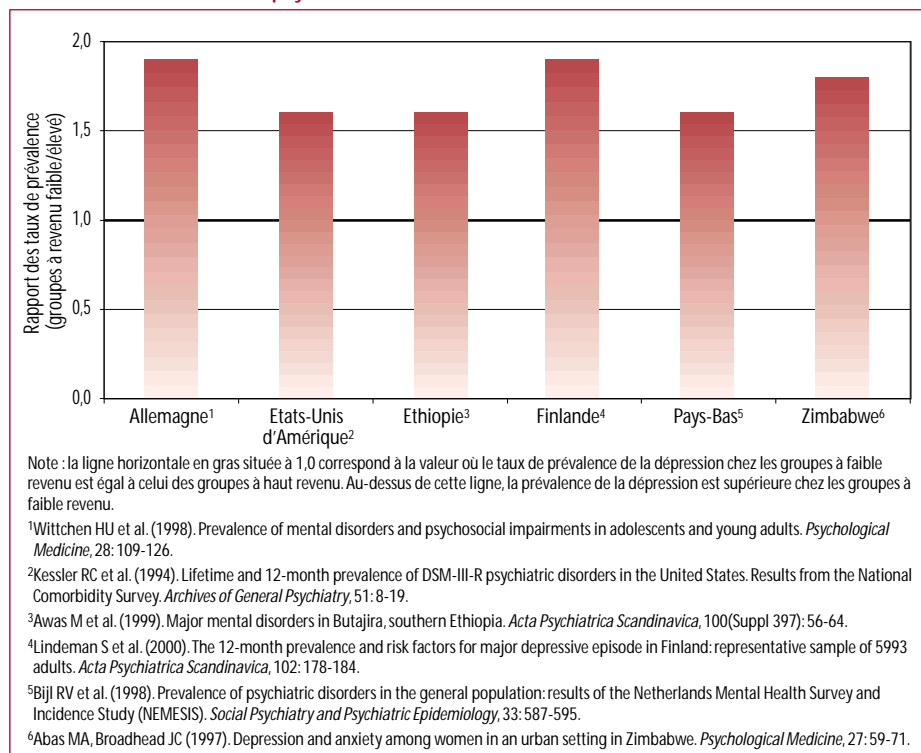
<sup>b</sup> Statistiques des causes de décès et taux démographiques, systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et autres sources d'information. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1993*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (Section A/B : Chine 11-17).

transnationales au Brésil, au Chili, en Inde et au Zimbabwe montrent que les troubles mentaux courants sont près de deux fois plus fréquents chez les pauvres que chez les riches (Patel et al., 1999). Aux Etats-Unis d'Amérique, le risque de trouble du comportement et le risque de comorbidité étaient respectivement deux fois et trois fois plus grands chez les enfants des familles les plus pauvres (Costello et al., 1996). D'après une analyse de 15 études, le rapport médian de la prévalence globale des troubles mentaux entre les classes socio-économiques inférieure et supérieure était de 2,1 pour 1 sur un an et, de 1,4 pour 1 sur toute la durée de la vie (Kohn et al., 1998). Des études menées en Amérique du Nord, en Amérique latine et en Europe donnent des résultats similaires (OMS, Consortium international d'épidémiologie psychiatrique, 2000). La Figure 2.6 montre que la dépression est plus répandue chez les pauvres que chez les riches, même dans les pays riches.

Il semble également que le milieu socio-économique influe sur l'évolution des troubles (Kessler et al., 1994 ; Saraceno & Barbui, 1997), ce qui pourrait être dû à certaines variables relatives aux services, notamment les obstacles à l'accès aux soins. Les pays pauvres n'ayant que peu de ressources à consacrer aux soins de santé mentale, ceux-ci sont souvent inaccessibles aux classes défavorisées. Même dans les pays riches, la pauvreté et les facteurs qui lui sont associés tels que l'absence de couverture sociale, un faible niveau d'instruction, le chômage et l'appartenance à une minorité raciale, ethnique ou linguistique sont autant d'obstacles qui barrent l'accès aux soins. Les lacunes de la couverture sont importantes pour le traitement de la plupart des troubles mentaux, mais, chez les pauvres, elles sont particulièrement criantes. En outre, ceux-ci ne signalent souvent leurs problèmes de santé mentale que lorsqu'ils consultent pour des affections physiques (Encadré 2.4).

La relation entre les troubles mentaux et du comportement, y compris ceux qui sont liés à l'alcoolisme, et le développement économique de la collectivité et du pays n'a pas été étudiée de manière systématique. Il semble, cependant, que le cercle vicieux de la pauvreté

**Figure 2.6 Prévalence de la dépression dans les groupes à faible revenu par rapport aux groupes à haut revenu, dans certains pays**





et des troubles mentaux observé au niveau de la famille (voir la Figure 1.4) se retrouve à l'échelle de la collectivité et du pays.

## SEXE

Les études sur la prévalence, l'étiologie et l'évolution des troubles mentaux et du comportement s'intéressent de plus en plus aux différences entre les sexes. On avait remarqué au cours des siècles passés que les femmes étaient plus nombreuses dans les asiles et autres structures de soins, mais on ignorait si elles étaient effectivement plus sujettes aux troubles mentaux ou plus souvent conduites dans ces établissements.

Des études effectuées récemment en communauté selon des méthodes sûres ont mis en évidence des différences intéressantes. Si la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux et du comportement ne semble pas changer selon le sexe, l'anxiété et les troubles dépressifs sont toutefois plus courants chez les femmes, tandis que les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont plus fréquents chez les hommes (Gold, 1998). Presque toutes les études indiquent que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est plus élevée chez les femmes, dans une proportion généralement comprise entre 1,5 et 2 pour 1. Ce constat vaut pour les pays développés comme pour un certain nombre de pays en développement (Patel et al., 1999 ; Pearson, 1995). Il est intéressant de noter que la différence des taux de dépression entre les sexes dépend beaucoup de l'âge : l'écart est maximum chez les adultes, nul pendant l'enfance et peu marqué chez les personnes âgées.

Maints arguments ont été avancés pour expliquer la prévalence accrue des troubles dépressifs et anxieux chez la femme. Des facteurs génétiques et biologiques entrent certainement en jeu, ce que tend à prouver notamment l'étroite relation dans le temps entre une forte prévalence et les stades de l'existence des femmes en âge de procréer où surviennent des changements hormonaux. La labilité de l'humeur associée aux changements hormonaux au cours du cycle menstruel et après l'accouchement est un phénomène bien connu. Une dépression dans les mois qui suivent l'accouchement peut en effet marquer le début d'un trouble dépressif récurrent. Les facteurs psychologiques et sociaux ne sont pas étran-

### Encadré 2.4 Point de vue des pauvres sur les maladies du corps et de l'esprit

Les pauvres interrogés sur leur santé<sup>1</sup> signalent toutes sortes de traumatismes et de maladies : fractures des membres, brûlures, intoxication par des substances chimiques et par la pollution, diabète, pneumonie, bronchite, tuberculose, VIH/SIDA, asthme, diarrhée, typhoïde, paludisme, parasitoses transmises par de l'eau contaminée, infections de la peau et autres affections débilantes. Ils mentionnent souvent des problèmes mentaux parallèlement aux troubles physiques et font fréquemment état de difficultés associées à l'abus d'alcool et de drogues. Les groupes de discussion citent souvent le stress, l'anxiété, la dépression, une piètre estime de soi et le

suicide au nombre des conséquences de la pauvreté et d'un mauvais état de santé. L'un des thèmes qui revient souvent est le stress qu'engendre l'incapacité de subvenir aux besoins de sa famille. Les personnes interrogées associent de nombreuses pathologies au stress, à l'anxiété et à un sentiment de malaise, mais insistent généralement sur trois d'entre elles : le VIH/SIDA, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le VIH/SIDA a un impact considérable : en Zambie, un groupe de jeunes voyait un lien de cause à effet entre la pauvreté, la prostitution, le SIDA et, au bout du compte, la mort. En Argentine, au Ghana, en Jamaïque, en Thaïlande, au Viet Nam et dans plusieurs autres pays, le VIH/

SIDA et les maladies qui y sont associées sont également cités lors des discussions de groupe parmi les problèmes qui ont des effets préjudiciables sur les moyens d'existence et fragilisent l'ensemble de la famille.

La drogue et l'alcoolisme sont considérés comme des causes de violence, d'insécurité et de vol, et l'argent dépensé pour s'acheter de l'alcool ou d'autres drogues, l'ivresse masculine et la violence domestique comme des syndromes de la pauvreté. Dans toutes les régions, de nombreux groupes de discussion signalent des cas de femmes battues par leur mari rentré ivre à la maison et plusieurs groupes constatent que la

consommation de bière favorise la proximité sexuelle et les maladies. L'alcoolisme est particulièrement répandu chez les hommes. Les pauvres des zones urbaines et rurales d'Afrique le mentionnent plus souvent que les drogues.

L'abus de drogue est souvent évoqué dans les zones urbaines, notamment en Amérique latine, en Thaïlande et au Viet Nam, ainsi que dans certaines régions de la Bulgarie, de la Fédération de Russie, du Kirghizistan et de l'Ouzbékistan. Les drogués sont malheureux et leurs familles aussi.

<sup>1</sup> Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press [pour le compte de la Banque mondiale].

gers non plus à la différence de prévalence des troubles dépressifs et anxieux selon le sexe. Il se peut aussi que les facteurs de stress objectifs et subjectifs soient plus nombreux pour les femmes. Le rôle traditionnellement dévolu aux femmes dans les sociétés les expose davantage au stress et ne leur permet guère de changer leurs conditions d'existence.

Une autre raison qui explique l'inégalité des sexes face aux troubles mentaux courants est la violence domestique et sexuelle à l'encontre des femmes. La violence domestique existe partout dans le monde et les premières victimes en sont les femmes (OMS, 2000b). Une analyse d'études sur la question (OMS, 1997a) situe entre 16 et 50 % la prévalence sur toute la vie des actes de violence domestique. Les agressions sexuelles sont elles aussi courantes ; on estime qu'une femme sur cinq est victime d'un viol ou d'une tentative de viol au cours de sa vie. Ces actes de violence ont des conséquences psychologiques, dont les plus fréquentes sont les troubles dépressifs et anxieux. Selon une étude faite récemment au Nicaragua, les cas de violence conjugale sont six fois plus nombreux chez les femmes en situation de détresse psychique (Ellsberg et al., 1999). Celle-ci est dix fois plus fréquente chez les femmes ayant subi de graves sévices au cours de l'année précédente que chez celles qui n'ont jamais été maltraitées.

Une étude multipays menée par l'OMS et des études mondiales (WorldSAFE) conduites par le Réseau international d'épidémiologistes cliniciens (INCLIN, 2001) sur des échantillons de population dans différents contextes évaluent la prévalence de la violence exercée par un partenaire intime et ses conséquences sur la santé des femmes. Ces études emploient la même méthode, qui consiste à demander aux femmes si elles ont déjà envisagé ou tenté de se suicider. Les premiers résultats font apparaître une nette relation entre cette forme de violence et les intentions suicidaires (voir le Tableau 2.3). Le même lien a été mis en évidence avec la violence sexuelle seule ou associée à des sévices physiques.

Contrairement à ce que l'on observe pour les troubles dépressifs et anxieux, aucune différence nette n'apparaît dans l'incidence ou la prévalence des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et le trouble affectif bipolaire (Kessler et al., 1994). Il semble, toutefois, que la schizophrénie survienne à un âge plus précoce et soit plus invalidante chez les hommes (Sartorius et al., 1986). Presque toutes les études montrent que les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont bien plus répandus chez les hommes que chez les femmes.

A l'inverse, la comorbidité est plus courante chez les femmes que chez les hommes. On observe dans la plupart des cas la coexistence de troubles dépressifs, anxieux et somatoformes, ces derniers se caractérisant par la présence de symptômes physiques que n'explique aucune maladie physique. Il semble que les femmes aient davantage de symptômes physiques et psychologiques que les hommes.

Il apparaît aussi que les psychotropes, qui regroupent les anxiolytiques, les antidépresseurs, les sédatifs, les somnifères et les neuroleptiques, sont plus souvent prescrits à des

**Tableau 2.3 Relation entre la violence domestique et les intentions suicidaires**

A déjà subi des violences physiques de la part d'un partenaire intime	Pourcentage de femmes ayant déjà pensé à se suicider ( $p < 0,001$ )							
	Brésil <sup>1</sup> (n=940)	Chili <sup>2</sup> (n=422)	Egypte <sup>2</sup> (n=631)	Inde <sup>2</sup> (n=6327)	Indonésie <sup>3</sup> (n=765)	Philippines <sup>2</sup> (n=1001)	Pérou <sup>1</sup> (n=1088)	Thaïlande <sup>1</sup> (n=2073)
Non	21	11	7	15	1	8	17	18
Oui	48	36	61	64	11	28	40	41

<sup>1</sup> Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique (résultats préliminaires, 2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié).

<sup>2</sup> Réseau international d'épidémiologistes cliniciens (INCLIN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manille (Philippines), International Network of Clinical Epidemiologists. Sondage portant sur les violences physiques graves.

<sup>3</sup> Hakimi M et al. (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta (Indonésie), Program for Appropriate Technology in Health.

femmes (voir la Figure 1.5), ce qui s'explique en partie par une plus forte prévalence des troubles mentaux courants et par le fait que les femmes sont plus nombreuses à se faire soigner. L'attitude des médecins joue certainement aussi un rôle important : devant un cas psychosocial complexe qui appelle une psychothérapie, ils peuvent choisir la solution de facilité qui consiste à prescrire des médicaments.

Partout dans le monde, les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont plus courants chez les hommes. Toutefois, dans de nombreuses régions, les premiers de ces deux types de trouble sont en forte augmentation chez les femmes.

Ce sont essentiellement les femmes qui s'occupent des malades mentaux dans les familles. Leur rôle prend d'autant plus d'importance que les troubles chroniques sont de plus en plus souvent soignés au sein de la collectivité.

En résumé, les troubles mentaux sont clairement déterminés par des facteurs liés au sexe qu'il faudra mieux étudier pour évaluer la charge de morbidité.

## AGE

L'âge est un important déterminant des troubles mentaux. Ceux qui se déclenchent pendant l'enfance et l'adolescence ont été brièvement décrits plus haut. Les personnes âgées sont, elles aussi, particulièrement vulnérables. Outre la maladie d'Alzheimer, dont il a déjà été question, plusieurs troubles mentaux ou du comportement s'observent chez elles. En règle générale, la prévalence de certains troubles tend à augmenter avec l'âge. C'est le cas notamment de la dépression. Le trouble dépressif est courant chez les personnes âgées. On a constaté que 8 à 20 % des personnes âgées vivant au sein de la communauté et 37 % de celles qui sont soignées dans les services de santé primaires souffrent de dépression. Il ressort d'une récente étude en communauté sur un échantillon de personnes de plus de 65 ans que 11,2 % d'entre elles étaient dépressives (Newman et al., 1998). Une autre étude faite il y a peu a relevé une prévalence ponctuelle des troubles dépressifs de 4,4 % chez les femmes et de 2,7 % chez les hommes, mais les chiffres correspondants pour la prévalence sur toute la vie sont de 20,4 % et 9,6 %. La dépression est plus fréquente chez les personnes âgées physiquement diminuées (Katona & Livingston, 2000) et aggrave encore leur invalidité. Il convient cependant de noter que les troubles dépressifs sont moins souvent décelés chez les personnes du troisième âge que chez les adultes plus jeunes parce qu'ils sont souvent considérés à tort comme inhérents au vieillissement.

## CONFLITS ET CATASTROPHES

Les conflits, notamment les guerres et les troubles civils, et les catastrophes touchent de nombreuses populations et engendrent des problèmes de santé mentale. On estime à 50 millions environ le nombre de personnes réfugiées ou déplacées dans le monde. Des millions d'autres sont victimes de catastrophes naturelles telles que tremblements de terre, inondations, typhons, ouragans et autres cataclysmes de grande ampleur (IFRC, 2000). Ces événements ont des effets dévastateurs sur la santé mentale des victimes, dont la plupart vivent dans des pays en développement qui manquent cruellement de moyens pour faire face à de tels problèmes. Entre un tiers et la moitié des victimes souffrent de détresse psychique. Le diagnostic le plus fréquent est l'état de stress post-traumatique, qui s'accompagne souvent de troubles dépressifs ou anxieux. La plupart des personnes signalent en outre des symptômes psychologiques qui ne constituent pas des troubles. L'état de stress post-traumatique s'observe après un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique et se caractérise par des souvenirs envahissants, l'évitement de situations en rapport avec la cause du traumatisme, des troubles du sommeil, l'irritabilité et la colère, le manque de concentration et l'hypervigilance. D'après l'étude de la CMM en 2000, sa prévalence ponctuelle dans la population générale est de 0,37 %. Le diagnostic spécifique d'état de stress post-traumatique a été contesté parce que variable selon les cultures et trop souvent

invoqué. D'aucuns parlent de catégorie diagnostique inventée pour des raisons sociopolitiques (Summerfield, 2001). Même si certains estiment que ce diagnostic est inapproprié, on s'accorde généralement à reconnaître que la fréquence globale des troubles mentaux est élevée chez les sujets exposés à de graves traumatismes.

Les études faites chez les victimes de catastrophes naturelles ont également révélé un fort taux de troubles mentaux. D'après une étude menée récemment en Chine, les symptômes psychologiques sont fréquents et la qualité de vie médiocre chez les rescapés de tremblements de terre. L'étude a également montré que le soutien psychologique aux sinistrés a des effets bénéfiques sur leur bien-être (Wang et al., 2000).

### MALADIES PHYSIQUES GRAVES

Une maladie physique grave rejaillit sur la santé mentale du malade et sur celle de sa famille tout entière. C'est le cas de la plupart des maladies très invalidantes ou mortelles, par exemple le cancer chez l'homme et la femme, et notamment de l'infection à VIH/SIDA, dont les effets sont décrits ici à titre d'exemple.

Le VIH se propage très rapidement dans de nombreuses parties du monde. A la fin de l'an 2000, 36,1 millions de personnes au total étaient séropositives ou malades du SIDA et 21,8 millions avaient déjà succombé à la maladie (ONUSIDA, 2000). Sur les 5,3 millions de cas nouveaux en l'an 2000, un sur dix concernait des enfants et, près de la moitié, des femmes. Dans 16 pays de l'Afrique subsaharienne, plus de 10 % de la population en âge de procréer est contaminée. L'épidémie d'infection à VIH/SIDA ralentit la croissance économique et réduit l'espérance de vie de près de 50 % dans les pays les plus durement touchés. Beaucoup de pays considèrent désormais le VIH/SIDA comme un fléau national. Faute de remède ou de vaccin, la prévention reste l'arme principale, tandis que l'aide et les soins aux séropositifs sont ensuite le mode d'intervention qui s'impose.

L'épidémie a d'importantes répercussions sur la santé mentale. Certaines personnes souffrent de troubles et problèmes psychologiques du fait de leur séropositivité. La stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les séropositifs et les malades du SIDA contribuent aussi beaucoup au stress psychique, qui peut aller de troubles anxieux ou dépressifs à des troubles de l'adaptation (Maj et al., 1994a). Par ailleurs, on peut noter une altération des fonctions cognitives si l'on en recherche les signes (Maj et al., 1994b ; Starace et al., 1998). Les membres de la famille sont eux-mêmes victimes des préjugés et vont devoir faire face au décès prématuré de l'un des leurs. Bien que n'ayant pas été étudiées en détail, les conséquences psychologiques pour les familles brisées et pour les enfants orphelins du fait du SIDA sont probablement considérables.

Pour cerner l'impact sur la santé mentale d'une situation aussi complexe où la maladie physique a des conséquences psychosociales pour l'individu, sa famille et la collectivité, il faut entreprendre une évaluation exhaustive. Des recherches s'imposent sur la question.

### CONTEXTE SOCIAL ET FAMILIAL

Les troubles mentaux dépendent beaucoup du contexte social. Une série de facteurs sociaux influent sur la survenue, l'évolution et l'issue de ces troubles.

La vie de chacun est jalonnée d'événements plus ou moins importants, heureux (telle une promotion au travail) ou malheureux (un deuil ou un échec professionnel, par exemple). On a remarqué qu'une série d'événements précède immédiatement la survenue des troubles mentaux (Brown et al., 1972 ; Leff et al., 1987). Si, avant l'apparition ou la réapparition de troubles dépressifs, il s'agit souvent d'événements fâcheux, les autres troubles font suite à une succession inhabituelle d'événements qui peuvent être favorables ou défavorables. Les études semblent indiquer que tous les faits marquants de la vie sont des facteurs de stress et prédisposent aux troubles mentaux lorsqu'ils se suivent de près. Ce phéno-

mène n'est pas limité aux troubles mentaux ; il a été aussi mis en évidence pour certaines maladies physiques comme l'infarctus du myocarde.

Il va de soi que les événements de vie ne sont qu'un facteur déterminant parmi d'autres (prédisposition génétique, personnalité, aptitude à faire face, etc.).

Le principal intérêt de s'enquérir des événements de vie est d'identifier les personnes rendues vulnérables par une rapide succession d'événements majeurs (par exemple, perte d'emploi, perte du conjoint et déménagement). A l'origine, cette corrélation a été constatée pour la dépression et la schizophrénie, mais on l'a, par la suite, mise en évidence entre des événements de vie et divers autres troubles mentaux et du comportement pouvant conduire notamment au suicide.

Le contexte social et affectif de la famille intervient également dans les troubles mentaux. Il y a longtemps qu'on cherche à établir un lien entre les troubles mentaux graves comme la schizophrénie ou la dépression et le contexte familial (Kuipers & Bebbington, 1990). D'importantes découvertes ont été faites il y a peu, et une nette corrélation a pu être établie entre le contexte social et affectif de la famille et les récurrences chez les schizophrènes, mais pas nécessairement avec la survenue du trouble. On avait observé, au départ, que les sujets schizophrènes qui retournaient vivre chez leurs parents après avoir été hospitalisés faisaient davantage de rechutes. Pour comprendre ce phénomène, on a étudié notamment la capacité de la famille à exprimer les émotions suscitées par la schizophrénie d'un de ses membres : critiques, hostilité, débordement émotionnel et soutien chaleureux.

De nombreuses études, réalisées dans toutes les régions du monde, ont montré que la nomination des affects peut être un élément de pronostic de la schizophrénie, y compris des récurrences (Butzlaff & Hooley, 1998). Il semblerait également qu'une modification du climat émotionnel dans la famille, ajoutée à la prise de neuroleptiques, favorise la prévention des rechutes. Outre le fait qu'ils permettent de mieux soigner certains malades dans leur milieu familial, ces résultats font ressortir l'importance des facteurs sociaux dans l'évolution et le traitement des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie.



CHAPITRE TROIS

# *Résolution des problèmes de santé mentale*

*Au cours de ces cinquante dernières années, l'approche des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux est passée du placement en institution à un modèle communautaire basé sur la présence de lits dans les hôpitaux généraux pour les cas aigus. Ce modèle respecte les droits fondamentaux du malade mental et utilise les interventions et techniques les plus modernes. Un diagnostic objectif correct est indispensable pour planifier les soins individuels et choisir le bon traitement. Plus le traitement approprié est mis en route précocement et meilleur est le pronostic. Le traitement approprié des troubles mentaux et du comportement consiste à faire un usage rationnel d'interventions pharmacologiques, psychologiques et psychosociales dans le cadre d'une prise en charge clinique judicieuse et bien intégrée. La prise en charge des diverses affections s'effectue aux niveaux de la prévention, du traitement et de la réadaptation.*



## 3

## RÉSOLUTION DES PROBL...MES DE SANTÉ MENTALE

### UNE DISCIPLINE EN PLEINE MUTATION

Les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement ont toujours reflété les valeurs sociales qui influent sur la perception de la maladie mentale dans la société. La manière dont les gens atteints d'un trouble mental ou du comportement sont traités varie selon l'époque et le lieu (voir l'Encadré 3.1). Tantôt on leur a témoigné le plus grand respect (dans certaines sociétés où on les considérait comme des intermédiaires entre les dieux et les morts), tantôt on les a battus et condamnés au bûcher (notamment dans l'Europe du Moyen Age), tantôt encore, on les a enfermés dans de vastes institutions où ils étaient examinés comme des curiosités scientifiques et tantôt enfin, on les a soignés en les intégrant dans la communauté à laquelle ils appartenaient.

Dans l'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle, deux tendances divergentes se sont manifestées : d'une part, la santé mentale a été considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique (la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux ont été considérées comme relevant de la médecine) et d'autre part, ces personnes – comme celles qui souffraient de nombreuses autres maladies et dont le comportement social était jugé indésirable – ont été isolées de la société et enfermées dans de grandes structures de type carcéral, les hôpitaux psychiatriques publics, précédemment appelés asiles d'aliénés. Cette tendance s'est ensuite exportée en Afrique, en Amérique et en Asie.

Dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la conception des soins de santé mentale a évolué, sous l'effet notamment de trois facteurs indépendants :

- les progrès remarquables de la psychopharmacologie, et notamment la découverte de nouvelles classes de médicaments, neuroleptiques et antidépresseurs en particulier, ainsi que la mise au point de nouvelles formes d'intervention psychosociale;
- le mouvement des droits de l'homme qui est devenu un véritable phénomène international sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies récemment créée, et la démocratie qui a progressé dans le monde plus ou moins vite selon le lieu (Merkl, 1993);
- l'intégration d'une composante sociale et mentale dans la notion de santé (voir le chapitre 1) telle que l'a définie l'OMS qui venait elle aussi d'être créée en 1948.

Ces progrès techniques et sociopolitiques ont conduit à privilégier un cadre communautaire, plus ouvert et plus souple, au détriment des grandes structures d'internement devenues, avec le temps, répressives et rétrogrades.



### Encadré 3.1 Paroles d'hier ou d'aujourd'hui ?

Les trois citations ci-dessous permettent de se faire une idée concrète de la manière dont les soins aux malades mentaux ont évolué ou ont été remis en question au cours de ces 150 dernières années.

« Voilà maintenant 16 ans que l'usage de tout moyen de contrainte physique [des malades mentaux], camisole de force, mouflés, entraves, menottes, chaise d'immobilisation et autres, a été aboli. L'expérience a réussi partout où elle a été résolument tentée. [...] rien n'est plus faux que d'imaginer qu'un usage dit modéré de la contrainte soit compatible avec un dispositif thérapeutique complet, humain et inattaquable à tous autres égards. Son abolition doit être totale pour être effective. »

1856. John Conolly (1794-1866), médecin anglais, Directeur de l'asile d'aliénés de Hanwell. Dans: *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Londres (Royaume-Uni), Smith, Elder & Co.

« Lorsque le Comité national a été créé, son principal souci était d'humaniser le traitement des aliénés : mettre fin aux abus, aux brutalités et à la négligence dont les malades mentaux sont depuis toujours victimes ; attirer l'attention de l'opinion publique sur la nécessité d'une réforme ; médicaliser les « asiles », agrandir les structures thérapeutiques et améliorer la qualité des soins ; en bref, accorder aux malades mentaux autant d'attention qu'on en prête généralement aux malades physiques. »

1908. Clifford Beers (1876-1943), fondateur américain du mouvement international d'hygiène mentale, ayant fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique. Dans: *A mind that found itself: an autobiography*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Longmans Green.

« Nous nous insurgions contre le droit accordé à certains, étroits d'esprit ou non, de conclure leurs recherches dans le royaume de l'esprit par une peine d'emprisonnement à vie. Et quel emprisonnement ! Nous savons – le savons-nous vraiment ? – que les asiles, bien loin d'être un lieu d'asile, sont d'épouvantables prisons où les internés sont une main-d'œuvre bon marché et pratique, où les abus sont la règle, tous tolérés par vous. L'hôpital psychiatrique, sous prétexte de science et de justice, est comparable à une caserne, à une prison, à une colonie pénitentiaire. »

1935. Antonin Artaud (1896-1948), poète, acteur et dramaturge français qui a passé de nombreuses années à l'hôpital psychiatrique. Dans: *Lettre ouverte aux médecins directeurs des asiles de fous*. Paris (France), *La Révolution Surréaliste*, N° 3.

Le système asilaire présente de nombreux inconvénients : mauvais traitements fréquemment infligés aux patients, isolement géographique et professionnel des établissements et de leur personnel, insuffisance des procédures de notification et de compte rendu, erreurs de gestion et inefficacité de l'administration, mauvaise orientation des ressources financières, absence de formation du personnel et inadéquation des méthodes d'inspection et d'assurance de la qualité. En outre, les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques du monde entier laissent à désirer et favorisent les violations des droits de l'homme ainsi que la chronicité. En termes absolus, les conditions de vie dans les hôpitaux des pays développés sont supérieures à celles de bien des pays en développement, mais – lorsqu'on les compare aux normes en vigueur dans la population générale du pays considéré – il faut reconnaître qu'elles sont médiocres. Quelques cas de violation des droits des malades ont d'ailleurs été constatés dans des hôpitaux psychiatriques (Encadré 3.2).

Les soins communautaires, en revanche, permettent davantage aux personnes atteintes de troubles mentaux ou du comportement de prendre leur destin en main. Ils supposent, en pratique, la mise en place d'une grande diversité de services au niveau local. Ce processus, qui n'a même pas encore commencé dans bien des régions et pays, a pour objet d'assurer intégralement certaines des fonctions protectrices de l'asile dans la communauté tout en évitant d'en perpétuer les aspects négatifs. La démarche communautaire consiste à offrir des services et des soins qui soient à la fois :

- proches du domicile, tant pour les admissions d'urgence dans les hôpitaux généraux que pour les séjours de longue durée dans des établissements communautaires ;
- en rapport avec les incapacités et les symptômes ;
- adaptés au diagnostic et aux besoins de chaque individu ;
- très variés, de manière à satisfaire les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement ;
- fondés sur une coordination entre les professionnels de la santé mentale et les institutions communautaires ;
- ambulatoires plutôt que fixes et couvrant le traitement à domicile ;

- dispensés en partenariat avec les gardes-malades et tenant compte de leurs besoins;
- basés sur une législation conçue en fonction de ce type de soins.

Les lacunes de plus en plus flagrantes des hôpitaux psychiatriques, s'ajoutant aux facteurs mentionnés plus haut et à la prise de conscience des effets pathogènes de ces institutions (l'isolement social des malades étant une source d'incapacités), ont conduit à désinstitutionnaliser la santé mentale. La désinstitutionnalisation est un aspect important de toute réforme des soins de santé mentale, mais qui dit désinstitutionnalisation ne dit pas déshospitalisation. C'est un processus complexe consistant à mettre en place un solide réseau de structures communautaires. Fermer les hôpitaux psychiatriques sans prévoir de solutions de rechange communautaires serait aussi dangereux que créer des structures communautaires sans fermer les hôpitaux psychiatriques. Les deux mesures doivent être simultanées, progressives et bien coordonnées. Une désinstitutionnalisation bien menée comporte trois grands volets :

- prévention des admissions injustifiées en hôpital psychiatrique par la mise en place de services communautaires;
- réinsertion dans la communauté des patients institutionnalisés de longue date en veillant à bien les préparer; et
- création et maintien de systèmes de soutien communautaires pour les malades non institutionnalisés.

Toutefois, la désinstitutionnalisation n'a pas été une totale réussite et les soins communautaires posent encore certains problèmes de fonctionnement. Ce relatif insuccès s'explique, notamment, de trois façons : les gouvernements n'ont pas alloué aux soins communautaires les ressources économisées en fermant les hôpitaux; les professionnels n'ont pas été suffisamment préparés à accepter l'évolution de leurs rôles ; et les troubles mentaux continuent à faire l'objet de préjugés tenaces, d'où l'attitude négative du grand public à l'égard de ceux qui en sont atteints. Dans certains pays, nombre de personnes atteintes de troubles graves sont emprisonnées ou sans domicile fixe.

### Encadré 3.2 Violation des droits des malades dans les hôpitaux psychiatriques

Des commissions des droits de l'homme se sont rendues au cours de ces cinq dernières années dans plusieurs hôpitaux psychiatriques d'Amérique centrale<sup>1</sup> et de l'Inde.<sup>2</sup> Elles y ont trouvé des conditions de vie inacceptables, malheureusement fréquentes dans de nombreux hôpitaux psychiatriques d'autres régions, dans des pays industrialisés comme dans des pays en développement. L'hygiène était déplorable, les toits fuyaient, les toilettes étaient bouchées, les sols défoncés et les portes et fenêtres cassées. La plupart des patients étaient en pyjama ou nus. Certains

étaient parqués dans des coins de salle où ils passaient toute la journée debout, assis ou couchés à même le sol en béton. Les enfants gisaient sur des nattes posées à même le sol, parfois maculées d'urine et d'excréments. Le recours à la contrainte était courant : de nombreux patients étaient attachés à leur lit.

Un tiers au moins des patients souffraient d'épilepsie ou d'arréation mentale, affections pour lesquelles l'internement en hôpital psychiatrique est aussi arbitraire qu'inutile. Ces patients peuvent très bien vivre au sein de la communauté

à condition de pouvoir bénéficier d'un traitement médicamenteux approprié et de toute une gamme de services communautaires et de systèmes d'aide.

De nombreux hôpitaux conservaient leur structure carcérale, comme au temps de leur construction à l'époque coloniale. Les patients étaient désignés sous le nom d'*internés*, les personnes chargées de s'occuper d'eux la plus grande partie de la journée étaient des *gardiens*, leurs superviseurs des *surveillants* et les salles des *quartiers*. Dans la majorité des hôpitaux se trouvaient des cellules d'isolement

qui étaient utilisées.

Plus de 80 % des hôpitaux inspectés ne disposaient pas de tests sanguins ni de tests d'urine courants. Au moins un tiers des patients ne souffraient pas d'une affection justifiant leur présence dans une telle structure. Dans la plupart des hôpitaux, les dossiers hospitaliers étaient très mal tenus. Moins de 25 % des hôpitaux employaient des infirmiers(ères) psychiatriques qualifié(e)s, et moins de la moitié, des psychologues cliniciens et des travailleurs sociaux psychiatriques.

<sup>1</sup> Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86.

<sup>2</sup> National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi (Inde), National Human Rights Commission of India.

Dans le cadre de cette mutation fondamentale – passage de l'hôpital à la communauté –, un certain nombre de pays ont considérablement réorienté leur politique. C'est ainsi qu'une loi 180, promulguée en Italie en 1978, décrète la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques, officialisant et accélérant ainsi une tendance qui se dessinait déjà dans le domaine des soins aux malades mentaux. Les principales dispositions de la loi italienne stipulent qu'il ne peut y avoir ni nouvelle admission ni aucune réadmission dans les grands hôpitaux publics. Aucun hôpital psychiatrique nouveau ne pourra être construit. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux ne doivent pas dépasser 15 lits et sont obligatoirement rattachés à un centre communautaire de santé mentale. Les installations communautaires, dont le fonctionnement est assuré par le personnel de santé mentale existant, sont responsables d'une zone déterminée. Cette loi a eu un impact bien au-delà des juridictions italiennes.

Dans de nombreux pays européens, le modèle dominant pour l'organisation de soins psychiatriques complets est la création de zones géographiques bien définies appelées secteurs ; ce concept est apparu en France vers le milieu du XX<sup>e</sup> siècle. A partir des années 60, le principe de la sectorisation a été largement appliqué dans presque tous les pays d'Europe occidentale, chaque secteur regroupant une population de 25 000 à 30 000 habitants. La notion de district de santé dans la stratégie des soins de santé primaires a de nombreux points communs avec cette approche sectorielle.

Les programmes de soins destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement ne sont guère prioritaires dans maints pays en développement. Seul un petit nombre d'institutions, généralement surchargées, à court de personnel et inefficaces, y dispense ce type de soins ; les services reflètent une méconnaissance aussi bien des besoins des malades que des diverses méthodes de traitement et de soins disponibles.

Dans la plupart des pays en développement, la majorité de la population n'a pas accès à des soins psychiatriques et les seuls services disponibles sont dispensés par des hôpitaux psychiatriques. Ces hôpitaux, généralement situés dans des centres urbains, sont peu accessibles, de sorte que, souvent, les gens ne s'y rendent qu'en dernier ressort. De grandes dimensions, ils ont été construits pour fonctionner dans les conditions les plus économiques possibles plutôt que pour dispenser un traitement optimal. On peut dire que l'asile est devenu une communauté à part qui n'a que très peu de contacts avec le reste de la société. Il est d'ailleurs régi par une législation à visée plus répressive que thérapeutique. Dans de nombreux pays, des lois qui remontent à plus de 40 ans imposent des limites aux admissions et aux sorties. En outre, la plupart des pays en développement ne disposent pas de programmes de formation nationaux d'un niveau suffisant pour les psychiatres, les infirmiers(ères) psychiatriques, les psychologues cliniciens, les travailleurs sociaux spécialisés en psychiatrie et les ergothérapeutes. Etant donné, par ailleurs, que les spécialistes sont peu nombreux, la communauté a recours aux guérisseurs traditionnels (Saeed et al., 2000).

Il en résulte une image négative du malade mental qui s'ajoute au caractère honteux des troubles mentaux et du comportement. Aujourd'hui encore, ces institutions ne sont pas en phase avec la nouvelle conception des droits fondamentaux du malade mental.

Certains pays en développement, notamment dans la Région de la Méditerranée orientale, ont entrepris de formuler des plans nationaux de services de santé mentale, de développer leurs ressources humaines et d'intégrer la santé mentale dans les soins de santé généraux, conformément aux recommandations d'un comité d'experts de l'OMS qui s'est réuni en 1974 (OMS, 1975 ; Mohit, 1999).

En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale qui soulignent clairement l'importance des soins communautaires et des droits des personnes atteintes de troubles mentaux (Nations Unies, 1991). Il est désormais re-

connu qu'imposer au malade des mesures discriminatoires, lui refuser des soins, faire obstacle à son accès aux services et le soumettre à des interventions abusives, restrictives et rétrogrades sont autant de violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, l'OMS/OPS a lancé, en 1990, une initiative pour la restructuration des soins psychiatriques dans la Région des Amériques qui a abouti à la Déclaration de Caracas (Encadré 3.3), laquelle invite les pays Membres à développer leurs soins psychiatriques en étroite coordination avec les soins primaires et dans le cadre du système local de santé. Toutes ces mesures ont aidé à stimuler l'organisation des soins de santé mentale dans les pays en développement.

L'organisation de services de santé mentale dans le cadre des soins primaires est la démarche fréquemment adoptée depuis peu par les pays en développement. Rendue sans doute nécessaire par la pénurie de professionnels qualifiés et de ressources pour la mise en place de services spécialisés, elle offre aussi l'occasion d'organiser les services de santé mentale de manière à éviter l'isolement, les préjugés et les discriminations. La méthode consistant à utiliser toutes les ressources communautaires disponibles a l'avantage de permettre aux individus, aux familles et aux communautés de s'occuper de la santé mentale qui n'est plus l'affaire des seuls professionnels. Actuellement, pourtant, les soins de santé mentale ne reçoivent pas toute l'attention nécessaire dans les pays en développement. Même là où des programmes pilotes ont montré l'intérêt d'une intégration des soins de santé mentale dans les soins primaires (par exemple en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine, en Colombie, en Inde, au Pakistan, aux Philippines, en République islamique d'Iran, au Sénégal et au Soudan), cette réforme n'a pas été étendue à l'ensemble du pays.

En dépit de différences majeures, les soins de santé mentale dans les pays en développement et dans les pays développés se heurtent à un même problème : la sous-utilisation des services psychiatriques disponibles. Même dans les pays où des services existent de longue date, moins de la moitié de ceux qui en auraient besoin y font appel, notamment parce qu'ils redoutent la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de trou-

### Encadré 3.3 Déclaration de Caracas<sup>1</sup>

Les législateurs, associations, autorités sanitaires, spécialistes de la santé mentale et juristes réunis à l'occasion de la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé, ...

#### DÉCLARENT

1. Que la restructuration des soins psychiatriques sur la base des soins de santé primaires et dans le cadre du modèle des systèmes locaux de santé permet de faire prévaloir des modèles de remplacement axés sur la communauté et intégrés dans les réseaux sociaux et sanitaires.
2. Que la restructuration des soins psychiatriques dans la Région implique une révision critique du rôle hégémonique et centralisateur de l'hôpital psychiatrique dans la dispensation des services de santé mentale.
3. Que les ressources, les soins et le traitement dispensés doivent :
  - a) préserver impérativement la dignité de la personne ainsi que les droits de l'homme et les droits civils;
  - b) être fondés sur des critères rationnels et techniquement appropriés;
  - c) viser à ce que le malade reste dans son milieu communautaire.
4. Que les législations nationales doivent être reformulées, le cas échéant, de façon à :
  - a) garantir le respect des droits de l'homme et des droits civils des malades mentaux;
  - b) faciliter l'organisation de services qui garantissent leur application.
5. Que la formation des ressources humaines en santé mentale et en soins psychiatriques doit utiliser un modèle axé sur le centre de santé communautaire et favorisant l'internement psychiatrique dans des hôpitaux généraux, conformément aux principes directeurs sur lesquels est fondée cette restructuration.
6. Que les organisations, associations et autres participants à la Conférence s'engagent conjointement et solidairement à soutenir et mettre en œuvre dans les pays des programmes favorisant la restructuration requise, ainsi qu'à surveiller et défendre les droits de l'homme des malades mentaux, conformément aux législations nationales et aux accords internationaux pertinents.
 

A cette fin, ils demandent aux ministères de la santé, aux ministères de la justice, aux parlements, aux organismes de sécurité sociale et autres institutions dispensant des soins de santé, aux organisations professionnelles, aux associations de consommateurs, aux universités ou autres centres de formation ainsi qu'aux médias de soutenir la restructuration des soins psychiatriques aux fins d'en assurer la réussite au profit des populations de la Région.

<sup>1</sup> Extrait du texte adopté le 14 novembre 1990 par la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine, organisée à Caracas (Venezuela) par l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. *Recueil international de Législation sanitaire*, 1991, 42(2) : 361-363.

**Tableau 3.1 Consultation des services professionnels pour problèmes mentaux, Australie, 1997**

Consultations pour problèmes mentaux	Aucun trouble %	Présence d'un trouble %	Plus de 3 troubles %
Médecin généraliste seulement <sup>a</sup>	2,2	13,2	18,1
Professionnel de santé mentale seulement <sup>b</sup>	0,5	2,4	3,9
Autre professionnel de santé seulement <sup>c</sup>	1,0	4,0	5,7
Plusieurs professionnels de santé	1,0	15,0	36,4
Tout type de professionnel de santé <sup>d</sup>	4,6	34,6	64,0

<sup>a</sup> Personnes ayant consulté un généraliste au moins une fois au cours des 12 mois précédents sans avoir consulté aucun autre professionnel de santé.

<sup>b</sup> Personnes ayant consulté un professionnel de santé mentale (psychiatre/psychologue/équipe de santé mentale) au moins une fois au cours des 12 mois précédents sans avoir consulté aucun autre professionnel de santé.

<sup>c</sup> Personnes ayant consulté un autre professionnel de santé (infirmière/spécialiste autre que psychiatre/pharmacien/ambulancier/travailleur social ou conseiller) au moins une fois au cours des 12 mois précédents sans avoir consulté aucun autre professionnel de santé.

<sup>d</sup> Personnes ayant consulté un professionnel de santé quel qu'il soit au moins une fois au cours des 12 mois précédents.

Source : Andrews G et al. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

bles mentaux et du comportement et parce que ce qu'on leur propose ne correspond pas à leurs attentes (Tableau 3.1).

Le problème de la stigmatisation a également été souligné dans un rapport du Directeur des Services de Santé des Etats-Unis d'Amérique (DHHS, 1999), dans lequel on peut lire : « En dépit de l'efficacité des soins proposés et des nombreux moyens d'obtenir un traitement de choix, près de la moitié de tous les Américains atteints d'une maladie mentale grave ne se font pas soigner. Le plus souvent, cette réticence est le résultat malencontreux d'obstacles très réels, dont l'un des principaux est le caractère infamant que de nombreuses personnes dans notre société attribuent aux maladies mentales, lequel rejaillit sur ceux qui en sont atteints. ».

En résumé, ces cinquante dernières années ont vu les soins évoluer vers un modèle communautaire. Celui-ci est basé sur deux grands principes : premièrement, le respect des droits fondamentaux des individus atteints de troubles mentaux; et deuxièmement, le recours aux interventions et techniques les plus modernes. Dans le meilleur des cas, cette évolution s'est traduite par une désinstitutionnalisation prudente appuyée par les agents de santé, les consommateurs, les familles et des groupes communautaires progressistes.

## PRINCIPES GÉNÉRAUX EN MATIÈRE DE SOINS

L'idée de soins de santé mentale à assise communautaire est une approche globale plutôt qu'une solution à des problèmes d'organisation. Par soins à assise communautaire, on entend la possibilité qui est offerte à une grande majorité de malades nécessitant des soins de santé mentale de se faire soigner au niveau communautaire. Ces soins doivent non seulement être locaux et accessibles, mais aussi répondre aux multiples besoins des individus. Ils doivent viser en définitive à développer les moyens d'action des malades mentaux et à utiliser des techniques de traitement efficaces pour permettre à ces derniers d'améliorer leur capacité d'auto-assistance en s'appuyant sur l'environnement familial et social informel ainsi que sur les mécanismes de soutien officiels. Les soins à assise communautaire (contrairement aux soins hospitaliers) permettent de mobiliser des ressources et de conclure des alliances salutaires qui, sans eux, seraient ignorées ou inexploitées.

La mise en œuvre de ces ressources généralement négligées éviterait qu'à sa sortie le patient soit laissé par les services de santé aux soins d'une famille mal équipée pour cette tâche, ce qui, on le sait bien, a des conséquences psychosociales négatives et entraîne un surcroît de problèmes de part et d'autre. Elle permettrait de gérer efficacement la charge sociale et familiale, fonction traditionnellement assumée par les soins institutionnels. Ce type de service s'étend dans certains pays d'Europe, dans quelques Etats des Etats-Unis, en Australie, au Canada et en Chine. Des pays d'Amérique latine, d'Afrique, de la Méditerranée orientale, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont mis en place des services novateurs (OMS, 1997b).

Où qu'ils soient dispensés et quelle que soit la méthode adoptée, la qualité des soins dépend de conditions préalables dont certaines concernent particulièrement la santé mentale, à savoir : un bon diagnostic, une intervention précoce, l'usage rationnel des techniques de traitement, la continuité des soins, une gamme étendue de services, la participation du consommateur, le partenariat avec les familles, l'implication de la communauté locale et l'intégration aux soins de santé primaires.

## DIAGNOSTIC ET INTERVENTION

Pour planifier des soins individuels et choisir un traitement approprié, il est essentiel de poser un diagnostic objectif et correct. Les troubles mentaux et du comportement peuvent être diagnostiqués avec un haut degré d'exactitude. Etant donné que les indications thérapeutiques diffèrent selon la maladie, le diagnostic est une importante base de départ pour toute intervention.

Un diagnostic peut être posé en termes nosologiques (conformément à une classification internationale et à une nomenclature des maladies et états morbides), selon le type et le degré d'incapacité du patient ou, mieux encore, de ces deux façons.

Une intervention précoce s'impose, tant pour maîtriser les symptômes et les empêcher d'évoluer vers la forme complète de la maladie que pour améliorer les résultats du traitement. Plus le traitement approprié est mis en route précocement et meilleur est le pronostic. On peut illustrer cette règle à l'aide des exemples suivants :

- dans le cas de la schizophrénie, la durée de la psychose non traitée s'avère importante. Des retards dans le traitement risquent de compromettre les résultats (McGorry, 2000 ; Thara et al., 1994);
- un dépistage et de brèves interventions chez les personnes présentant un risque élevé de problèmes en rapport avec l'alcool sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool et les dommages qui en résultent (Wilk et al., 1997).

Le traitement approprié des troubles mentaux consiste à faire un usage rationnel d'interventions pharmacologiques, psychologiques et psychosociales dans le cadre d'une prise en charge clinique judicieuse, équilibrée et bien intégrée. En raison de l'extrême importance des composantes des soins, elles font l'objet d'un examen détaillé dans la suite de ce chapitre.

## CONTINUITÉ DES SOINS

Certains troubles mentaux et du comportement ont un caractère chronique, en dépit de périodes de rémission suivies de rechutes qui peuvent leur donner l'allure d'affections aiguës. Pour la prise en charge, ils s'apparentent tout à fait aux maladies chroniques classiques. Dès lors, le modèle de soins adapté aux maladies chroniques leur convient davantage que celui conçu pour les maladies transmissibles aiguës, ce qui a des incidences particulières sur l'accès aux services, la disponibilité du personnel et les coûts incombant aux patients et à leur famille.

Les besoins des patients et de leur famille sont complexes et évoluent avec le temps. Or, la continuité des soins étant une condition importante, il faut modifier leur organisation



actuelle. Parmi les mesures propres à assurer la continuité des soins, on peut citer :

- la création de dispensaires spéciaux pour certains groupes de patients ayant fait l'objet du même diagnostic ou présentant les mêmes problèmes;
- l'enseignement d'un savoir-faire aux gardes-malades;
- la prestation de soins aux patients et à leur famille par la même équipe de traitement ;
- une éducation de groupe pour les patients et leur famille;
- la décentralisation des services;
- l'intégration des soins dans les soins de santé primaires.

### GAMME ÉTENDUE DE SERVICES

Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur famille sont divers et changent en fonction du stade de la maladie. Des services très variés sont donc nécessaires pour une prise en charge complète de certains malades mentaux ; il faut en effet aider ceux qui se rétablissent à retrouver leurs compétences antérieures et leur place dans la société, ceux qui ne guérissent que partiellement à vivre dans un monde où ils ne sont plus protégés et ceux (notamment dans les pays en développement) qui ont reçu des soins de médiocre qualité à tirer profit de programmes de réadaptation. Les services ainsi assurés vont d'une simple médication à des programmes spéciaux de réadaptation, en passant par une aide au logement, une assistance juridique et d'autres formes de soutien socio-économique. Les personnels spécialisés tels que les infirmiers(ères), les psychologues cliniciens, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les bénévoles ont montré qu'ils ont un rôle utile à jouer au sein d'une équipe soignante flexible. Les équipes pluridisciplinaires sont particulièrement indiquées pour la prise en charge des troubles mentaux et du comportement, en raison de la complexité des besoins des patients et de leur famille aux différents stades de la maladie.

### PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

L'émergence, dans un certain nombre de pays, de mouvements de consommateurs a modifié les attitudes concernant le point de vue des parties prenantes. Les groupes de consommateurs sont généralement composés de personnes souffrant de troubles men-

#### Encadré 3.4 Rôle des consommateurs dans les soins de santé mentale

Les personnes qui font ou ont fait appel aux services de santé mentale ont toujours été considérées par ceux-ci comme des usagers passifs, incapables d'exprimer leurs besoins et leurs désirs, et soignés selon des méthodes conçues et décidées par d'autres. Depuis une trentaine d'années, cependant, elles commencent, en tant que consommateurs, à s'exprimer sur leurs besoins et leurs attentes.

Leurs principales revendications sont les suivantes : droit à l'autodétermination; information sur les médicaments et autres traitements; création de services favorisant une participation active à la

vie communautaire; plus de préjugés ni de discrimination à l'égard des malades mentaux; lois et attitudes plus favorables pour supprimer les obstacles à une intégration communautaire; création de services différents gérés par les consommateurs; droits et protection juridiques plus étendus; et fin de l'internement, souvent à vie, dans de grands établissements.

Les consommateurs et leurs associations ont des vues très diverses sur les moyens d'atteindre leurs buts. Certains sont disposés à coopérer et collaborer activement avec les professionnels de la santé mentale, alors que d'autres souhaitent

être complètement séparés d'eux. Les avis sont aussi très différents sur la question de savoir s'il faut coopérer, et dans quelle mesure, avec les organisations qui représentent les familles des malades.

Il est évident que les associations de consommateurs du monde entier veulent que leur voix soit entendue et prise en compte dans les décisions concernant la vie des malades. Les malades mentaux ont le droit de se faire entendre dans le débat sur les principes et pratiques de santé mentale auquel participent les professionnels, les familles, les législateurs et les guides d'opinion. Au-delà des étiquettes et des dia-

gnostics, il s'agit de personnes à part entière qui, quoi qu'elles puissent en penser les autres, ont des idées, des opinions, des espoirs et des rêves. Ceux chez qui l'on diagnostique une maladie mentale ne sont pas différents des autres; ils ont les mêmes aspirations : un revenu suffisant; un logement correct; la possibilité de s'instruire; une formation à un métier valable et constructif; la possibilité de prendre part à la vie communautaire; des amis et des relations sociales; des relations personnelles empreintes d'amour.

taux et de leur famille. Dans de nombreux pays, ces mouvements se sont développés parallèlement aux groupes de pression traditionnels qui agissent en faveur des malades mentaux (les associations familiales, par exemple). Les mouvements de consommateurs sont fondés sur la conviction que le choix du traitement et autres décisions doivent demeurer la prérogative du patient (voir l'Encadré 3.4).

Le meilleur exemple en est probablement le mouvement des Alcooliques Anonymes qui s'est forgé une bonne réputation dans le monde en obtenant des taux de guérison comparables à ceux dont peuvent se prévaloir les services de psychiatrie. Les traitements assistés par ordinateur et le soutien en ligne apporté par d'ex-patients constituent des formules de soins originales ; les patients souffrant de troubles mentaux peuvent très efficacement s'entraider et le soutien des pairs a joué un rôle important dans la guérison et la réintégration sociale de malades atteints de diverses affections.

Les mouvements de consommateurs ont notablement influencé la politique de santé mentale dans un certain nombre de pays. Ils ont fait augmenter, en particulier, les recrutements de personnes souffrant de troubles mentaux dans le système traditionnel de santé mentale ainsi que dans d'autres organisations de services sociaux. C'est ainsi qu'au Ministère de la Santé de la province canadienne de Colombie britannique, le poste de directeur des soins alternatifs a été attribué à une personne atteinte de troubles mentaux qui est ainsi en mesure d'exercer une forte influence sur la politique et les services de santé mentale.

L'action des consommateurs a porté sur le traitement non volontaire, les soins auto-administrés, le rôle des consommateurs dans la recherche, la prestation des services et l'accès aux soins. Parmi les programmes gérés par les consommateurs figurent des centres de consultation sans rendez-vous, des programmes de prise en charge des cas, des programmes périphériques et des services de crise.

Ce n'est que récemment que l'on a reconnu l'utilité du rôle des familles dans les programmes de soins de santé mentale. On ne peut plus, comme auparavant, voir dans la famille un facteur causal. Précédemment limité aux soins quotidiens, son rôle s'est transformé en une action organisée en faveur des malades mentaux. Une telle évolution a largement contribué à modifier la législation de la santé mentale dans certains pays et à améliorer les services ainsi qu'à développer des réseaux de soutien dans d'autres.

L'implication des familles dans le traitement et la prise en charge de la schizophrénie, du retard mental, de la dépression, de la dépendance alcoolique et des troubles du comportement infantiles paraît amplement justifiée. Des essais contrôlés seront encore nécessaires pour déterminer plus clairement le rôle de la famille dans le traitement d'autres affections, mais il apparaît déjà que les patients vivant avec leurs proches ont de meilleures chances de guérison que ceux qui sont en institution. Toutefois, un grand nombre d'études internationales font ressortir une étroite relation entre le débordement émotionnel chez les membres d'une famille et l'augmentation du taux de récurrence chez les patients qui vivent avec eux. En modifiant l'atmosphère émotionnelle du foyer, on peut réduire ce taux (Leff & Gamble, 1995 ; Dixon et al., 2000).

Le travail effectué auprès des familles pour éviter les récurrences a toujours été considéré comme le complément d'une médication d'entretien et non comme une solution de remplacement, mais on a constaté que la thérapie familiale s'ajoutant à un traitement aux neuroleptiques était plus efficace que ce seul traitement pour prévenir les récurrences chez les schizophrènes. Une méta-analyse effectuée par la Cochrane Collaboration (Pharaoh et al., 2000) fait apparaître une réduction de moitié, en moyenne, des taux de récurrence sur un an et deux ans. Reste cependant à déterminer si des équipes cliniques ordinaires pourraient reproduire les résultats spectaculaires de groupes de recherche qui ont opéré principalement dans des pays développés. Dans les pays en développement, la famille participe généralement au traitement du malade psychiatrique, tant chez le guérisseur traditionnel que dans les services biomédicaux.

### Encadré 3.5 Partenariats avec les familles

Les agents de santé mentale, les familles des malades et les organismes d'aide aux familles ont beaucoup à apprendre les uns des autres. S'ils ont des contacts réguliers avec les familles, les personnels de santé savent quelles sont les connaissances, les compétences et l'attitude à avoir pour collaborer efficacement avec elles. Ils cernent mieux aussi les problèmes qui empêchent les cliniciens et les services cliniques d'offrir des prestations efficaces (insuffisance des ressources, patients en surnombre, formation inadaptée). On peut considérer que l'action de sensibilisation menée par un organisme qui représente les familles a plus de poids que l'intérêt catégoriel des professionnels.

En cas de maladie mentale, les professionnels ont tout à gagner d'un partenariat instauré dès le départ avec la famille. Cet engagement commun permet d'aborder toutes sortes de questions en rap-

port avec la maladie, de connaître les réactions de la famille et de formuler un plan thérapeutique. L'avantage pour la famille est d'apprendre à résoudre les problèmes afin de s'occuper du malade du mieux possible.

Sont brièvement présentées ci-dessous deux associations de soutien aux familles qui ont réussi à répondre aux besoins de ceux qu'elles représentent tout en s'alliant aux professionnels.

*Alzheimer's Disease International (ADI)* regroupe 57 associations nationales contre la maladie d'Alzheimer. Cette organisation s'emploie à encourager la création de nouvelles associations nationales ou à renforcer celles qui existent déjà en organisant notamment une journée mondiale contre la maladie d'Alzheimer et une conférence annuelle et en animant l'Université Alzheimer (série d'ateliers sur des questions fondamentales d'organisation). Elle diffuse également des informations

sur son site Web (<http://www.alz.co.uk>), des aide-mémoire, des brochures et des bulletins.

Les associations nationales contre la maladie d'Alzheimer soutiennent les personnes atteintes de démence et leur famille. Elles les informent et leur apportent une aide pratique et un soutien moral, sous la forme par exemple de services téléphoniques de conseil, de groupes de solidarité ou d'un hébergement temporaire. Elles forment aussi les soignants et les professionnels et mènent une action de sensibilisation auprès des pouvoirs publics.

L'organisation *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WSF)* préconise la mise en commun des savoirs, celui des agents de santé mentale et celui que les familles et les consommateurs tiennent de l'expérience vécue, pour instaurer la confiance mutuelle, sans laquelle il est souvent impossible de conclure une alliance thérapeutique efficace si les cliniciens, les familles et

les consommateurs sont en désaccord.

Ce partenariat continu vise à donner suffisamment d'assurance aux membres de la famille qui s'occupent du malade pour qu'ils puissent résoudre les problèmes multiples et complexes auxquels ils sont confrontés, au lieu de toujours devoir s'en remettre à l'aide professionnelle, et pour qu'ils passent ainsi d'une « conscience passive » à une « sollicitude active ». Ce processus est renforcé par l'orientation vers des organisations d'aide aux familles que les professionnels devraient vivement recommander aux intéressés, car elles peuvent jouer un rôle important dans le traitement et le plan thérapeutique à long terme. De plus amples renseignements sur cette association peuvent être obtenus par courrier électronique à l'adresse [info@worldschizophrenia.org](mailto:info@worldschizophrenia.org).

L'établissement de réseaux familiaux à l'échelon local et national a placé les gardes-malades dans une relation de partenariat avec les professionnels (Encadré 3.5). Tout en assurant des services d'entraide, de nombreux réseaux font un effort de sensibilisation en éduquant le grand public, en mobilisant les décideurs et en luttant contre les préjugés et la discrimination.

### IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ LOCALE

Les croyances, attitudes et réactions de la société conditionnent de nombreux aspects des soins de santé mentale. Les malades mentaux sont des membres de la société et l'environnement social est un important déterminant de l'issue de la maladie : s'il est favorable, il contribue à la guérison et à l'intégration; si, par contre, il est défavorable, il peut renforcer les préjugés et la discrimination. Parmi les mesures qui ont été prises pour accroître la participation des communautés locales figurent la diffusion d'informations fiables sur les troubles mentaux et l'utilisation des ressources communautaires pour des initiatives particulières comme l'action de bénévoles pour la prévention du suicide et la collaboration avec les guérisseurs traditionnels. Le passage des soins en institution aux soins communautaires peut modifier les attitudes et réactions de la communauté et aider les malades mentaux à mieux vivre.

Les études menées dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie montrent qu'environ 40 % des clients des guérisseurs traditionnels souffrent d'une maladie mentale (Saeed et al., 2000). Ce schéma n'est pas très différent de celui que révèlent de nombreuses études concernant la santé générale. La collaboration avec ces guérisseurs est donc une initiative utile. Les professionnels donnent aux guérisseurs des informations exactes sur les troubles mentaux et du comportement, les incitent à agir en tant que référents et les dissuadent de

recourir à certaines méthodes telles que le jeûne et les punitions. De leur côté, les professionnels sont amenés à mieux prendre conscience des compétences des guérisseurs pour le traitement des troubles psychosociaux.

Les organisations non gouvernementales ont toujours joué un rôle important dans les mouvements en faveur de la santé mentale. C'est un consommateur, Clifford Beers, qui a créé en 1906 la première organisation non gouvernementale viable de santé mentale d'où est issue l'actuelle Fédération mondiale pour la Santé mentale. Les contributions de ces organisations sont d'une importance incontestable.

Diverses méthodes permettent de faire évoluer les mentalités. La principale est l'utilisation des médias pour des campagnes d'éducation axées sur le grand public. On peut citer à cet égard le slogan de la Journée mondiale de la Santé 2001 « Non à l'exclusion – Oui aux soins ». Dans des pays tels que l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique, l'Inde, la Malaisie, la République islamique d'Iran et le Royaume-Uni, des programmes de sensibilisation du public à grande échelle ont modifié la façon dont la population perçoit les troubles mentaux. L'Association mondiale de Psychiatrie a lancé dans un certain nombre de pays un programme de lutte contre les préjugés et la discrimination dont sont victimes les schizophrènes (voir l'Encadré 4.9) ; son objectif est de faire des médias, de l'école et des familles les agents du changement.

Si, dans de nombreux pays en développement, la communauté n'exerce pas nécessairement de discrimination à l'égard des malades mentaux, des superstitions en rapport avec la sorcellerie, les forces surnaturelles, le destin, des divinités malveillantes, etc. peuvent dissuader les malades de se faire soigner ou de se conformer au traitement prescrit. L'un des meilleurs exemples d'une prise en charge des malades mentaux par une communauté nous est donné par la ville belge de Geel, où se perpétue ce qui est sans doute le plus ancien programme communautaire de santé mentale en Occident. Depuis le XIII<sup>e</sup> siècle (cette coutume pourrait remonter au VIII<sup>e</sup> siècle), plusieurs malades mentaux sont recueillis soit par l'Église Sainte-Dympha, soit par des familles adoptives de la ville, avec lesquelles ils vivent souvent pendant plusieurs décennies. Aujourd'hui à Geel, de telles familles s'occupent de quelque 550 patients, dont la moitié est employée dans un atelier pour handicapés.

## INTÉGRATION AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Il est un autre principe important qui joue un rôle fondamental dans l'organisation des soins de santé mentale : c'est leur intégration aux soins de santé primaires. La place essentielle de ces soins dans l'ensemble du système de santé de tout pays a été clairement définie par la Déclaration d'Alma-Ata. Ce niveau de base joue le rôle d'un filtre entre la population générale et les soins spécialisés.

Les troubles mentaux sont courants et la plupart de ceux qui en souffrent ne sont vus que dans des services de soins de santé primaires où leurs problèmes passent souvent inaperçus (Üstün & Sartorius, 1995). En outre, la morbidité psychologique est une caractéristique fréquente des maladies physiques et les professionnels des services primaires se trouvent souvent devant des cas de détresse psychique qu'ils ne savent pas toujours reconnaître. La formation du personnel des services de santé primaires et des services de santé généraux au dépistage et au traitement des troubles mentaux et du comportement les plus courants est une importante mesure de santé publique. Cette formation peut être facilitée par une concertation avec le personnel de santé mentale basé dans la communauté, lequel est toujours désireux de partager ses connaissances.

Les besoins qualitatifs et quantitatifs en services spécialisés de santé mentale dépendent essentiellement de ce qui est fait au niveau des soins primaires. En d'autres termes, il faut qu'un équilibre s'établisse entre les services communautaires et les soins hospitaliers.

Les patients sortis des services psychiatriques des hôpitaux généraux ou spécialisés peuvent être efficacement suivis par les médecins des services primaires. Il est évident que ces

derniers jouent un rôle majeur dans les pays où il n'existe pas de services de santé mentale à assise communautaire. Dans de nombreux pays en développement, des agents de soins primaires tout à fait qualifiés prennent convenablement en charge les malades mentaux. Il convient de noter que, lorsqu'un pays est pauvre, les malades mentaux n'y sont pas nécessairement mal soignés. Des expériences menées dans certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine montrent que si les agents de santé primaires sont convenablement formés au dépistage précoce et à la prise en charge des troubles, on peut limiter l'institutionnalisation et néanmoins améliorer la santé mentale des patients.

## COMPOSANTES DES SOINS

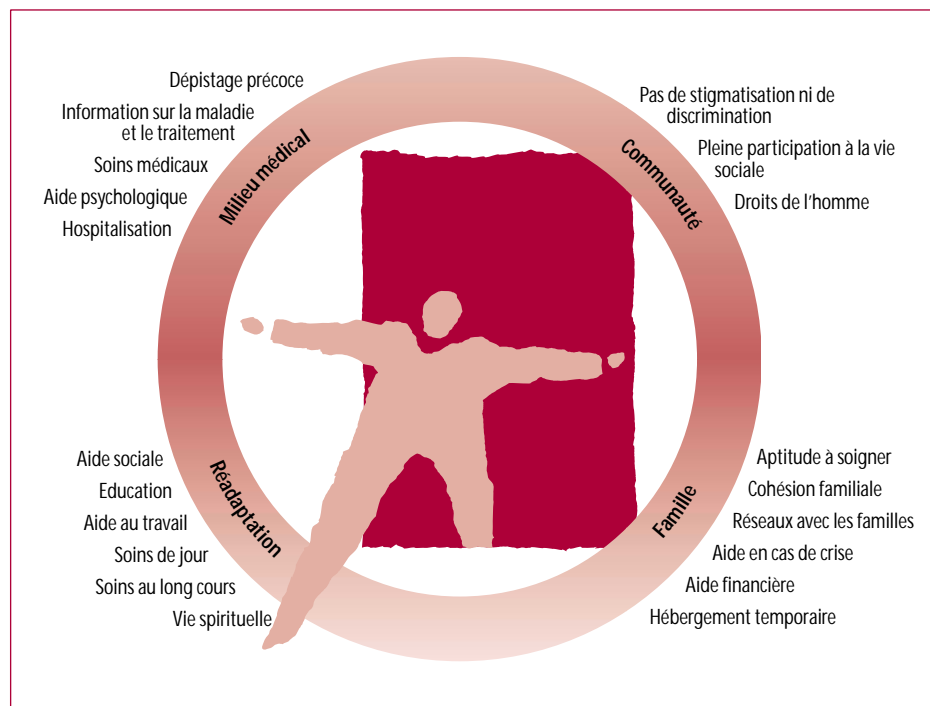
La prise en charge des troubles mentaux et du comportement – plus encore peut-être que celle des autres pathologies – nécessite un équilibre entre trois composantes fondamentales : le traitement médicamenteux (ou la pharmacothérapie), la psychothérapie et la réadaptation psychosociale.

Une prise en charge rationnelle des troubles mentaux et du comportement suppose un habile dosage de chacune de ces composantes. Leurs proportions varient en fonction non seulement du diagnostic principal, mais aussi de la présence éventuelle d'une comorbidité physique ou mentale, de l'âge du patient et du stade de la maladie. En d'autres termes, le traitement doit être adapté aux besoins individuels, lesquels changent à mesure que la maladie évolue et que les conditions de vie du patient se transforment (voir la Figure 3.1).

Il y a équilibre lorsque les interventions sont conformes aux principes directeurs ci-après :

- chaque intervention a une indication particulière suivant le diagnostic, c'est-à-dire qu'elle doit être utilisée dans des conditions cliniques déterminées;
- chaque intervention doit être correctement dosée, c'est-à-dire proportionnelle à la gravité de l'affection;

**Figure 3.1 Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux**



- chaque intervention doit avoir une durée déterminée, c'est-à-dire être poursuivie aussi longtemps que la nature et la gravité de l'affection l'exigent, et ensuite, être interrompue dès que possible;
- chaque intervention doit être périodiquement contrôlée en vue de déterminer l'observance du traitement, les résultats escomptés et les effets indésirables, et le destinataire de l'intervention doit toujours jouer un rôle actif dans ce suivi.

Pour une prise en charge efficace des troubles mentaux et du comportement, il faut accorder une attention particulière à l'observance du traitement. Les troubles mentaux sont chez certains des affections chroniques et leur traitement dure souvent pendant toute la vie de l'adulte. L'observance d'un traitement au long cours est plus difficile à obtenir que celle d'un traitement de courte durée. Le problème est rendu encore plus complexe par l'existence avérée d'une relation entre des troubles mentaux et du comportement et une mauvaise observance des traitements prescrits.

Des recherches considérables ont été faites au sujet des facteurs qui pourraient améliorer l'observance. Parmi ceux-ci figurent :

- une relation de confiance entre médecin et patient;
- le temps et l'énergie consacrés à enseigner au patient les objectifs de la thérapie et les conséquences d'une bonne ou d'une mauvaise observance;
- un plan de traitement négocié;
- la mobilisation des membres de la famille et d'amis pour appuyer le plan thérapeutique et son observance;
- la simplification du traitement;
- l'atténuation des conséquences indésirables du traitement.

Au fil des ans, un consensus s'est établi chez les cliniciens au sujet de l'efficacité de certaines interventions pour la prise en charge des troubles mentaux; ces interventions sont décrites ci-après. En ce qui concerne leur rapport coût/efficacité, les informations dont on dispose sont malheureusement limitées. Les principales raisons en sont : premièrement, le caractère chronique de la plupart des troubles mentaux qui nécessite un suivi à très long terme pour que l'information soit significative; deuxièmement, les différences présentées par les critères cliniques et méthodologiques sur lesquels reposent les rares études concernant le rapport coût/efficacité de ces interventions; et troisièmement, le fait que la plupart des études disponibles comparent des méthodes techniquement avancées pour la prise en charge de chaque trouble, méthodes qui sont rarement applicables dans les pays en développement. Par conséquent, les interventions décrites ci-après ont été choisies pour leur efficacité, en dépit du fait que de nombreuses personnes n'y ont pas accès, plutôt que pour leur rentabilité. On y a toutefois joint des informations à jour sur leur rentabilité, lorsque celles-ci étaient disponibles.

## PHARMACOTHÉRAPIE

La découverte, dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, de médicaments utiles pour le traitement des troubles mentaux et leur perfectionnement a été largement considérée comme une révolution dans l'histoire de la psychiatrie.

Il existe fondamentalement trois classes de médicaments psychotropes dirigés contre des symptômes spécifiques : les neuroleptiques pour les symptômes psychotiques; les antidépresseurs pour le traitement de la dépression; les antiépileptiques contre l'épilepsie et les anxiolytiques ou tranquillisants contre l'anxiété. Différents types de médicament sont utilisés pour le traitement des problèmes liés aux drogues et à l'alcool. Il convient de noter que tous ces médicaments traitent des symptômes de maladies et non les maladies elles-



mêmes, pas plus que leurs causes ; dès lors, ils visent non à guérir, mais plutôt à atténuer ou maîtriser les symptômes ou à prévenir les récurrences.

En raison de l'efficacité de la plupart de ces médicaments, déjà manifeste avant la généralisation des essais cliniques contrôlés, la plupart des études économiques faites récemment mettent l'accent non pas sur le rapport coût/efficacité d'une pharmacothérapie active comparée à un placebo ou à une complète absence de soins, mais sur le rapport coût/efficacité relatif des nouvelles classes de médicaments par rapport à leurs prédécesseurs ; ceci vaut en particulier pour les nouveaux antidépresseurs et antipsychotiques comparés respectivement aux antidépresseurs tricycliques et aux neuroleptiques classiques.

La synthèse des observations disponibles montre que les nouveaux médicaments psychotropes ont moins d'effets secondaires indésirables mais ne sont guère plus efficaces et coûtent généralement plus cher. Toutefois, ils compensent ce surcoût considérable en évitant davantage de recourir à d'autres soins et traitements. Les médicaments de la nouvelle classe d'antidépresseurs, par exemple, pourraient donc constituer une option plus attrayante et plus abordable dans les pays à bas revenu lorsque leur brevet vient à expiration, ou lorsqu'ils sont déjà disponibles à un coût similaire à celui des médicaments de la génération précédente.

La Liste OMS de médicaments essentiels comprend le minimum de médicaments nécessaires à une prise en charge satisfaisante des troubles mentaux et neurologiques importants en santé publique. Toutefois, d'autres approches doivent être adoptées afin que les patients des pays pauvres ou en développement ne soient pas privés des avantages des nouveaux acquis de la pharmacologie pour des raisons purement économiques. Il faut s'employer à mettre à la disposition de tous les meilleurs médicaments pour une indication donnée. La liste de médicaments essentiels doit par conséquent être utilisée avec souplesse.

## PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie concerne les interventions planifiées et structurées qui visent à modifier le comportement, l'humeur et les modes de réaction à différents stimuli par des moyens psychologiques verbaux et non verbaux. La psychothérapie n'englobe pas l'utilisation de substances biochimiques ou de moyens biologiques.

Plusieurs techniques et démarches – fondées sur des théories différentes – se sont révélées efficaces pour le traitement de certains troubles mentaux et du comportement. On peut citer à cet égard la thérapie comportementale, la thérapie cognitive, l'entretien en face à face, les techniques de relaxation et la thérapie de soutien (techniques de conseil) (OMS, 1993b).

La thérapie comportementale est l'application de principes psychologiques scientifiquement établis pour résoudre des problèmes cliniques (Cottraux, 1993). Elle est basée sur les principes de l'apprentissage.

Les interventions cognitivo-comportementales visent à faire adopter de nouveaux modes de pensée et d'action tandis que la psychothérapie en face à face découle d'un modèle conceptuel différent centré sur quatre problèmes courants : les confusions de rôles, les changements de rôles, les deuils non résolus et les déficits de culture.

La relaxation vise à ramener l'état d'excitation et, partant, l'anxiété à des niveaux acceptables par une série de techniques de relaxation musculaire tirées de disciplines qui vont du yoga et de la méditation transcendantale au training autogène et à la relaxation profonde. Elle peut être un complément important d'autres formes de traitement ; aisément acceptée par les patients, elle se prête à un auto-apprentissage (OMS, 1988).

La thérapie de soutien, probablement la forme la plus simple de psychothérapie, est basée sur la relation médecin-patient. Parmi les autres composantes importantes de cette

technique figurent les encouragements, les explications, l'abréaction, le conseil, les suggestions et l'enseignement. Certains voient dans ce mode de traitement le fondement même de bons soins cliniques et proposent d'en faire un élément essentiel des programmes de formation pour tous les personnels de santé chargés de tâches cliniques.

Divers types de psychothérapie – notamment les thérapies cognitivo-comportementales et l'entretien en face-à-face – sont efficaces pour le traitement des phobies, de la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool et de symptômes psychotiques comme les délires et hallucinations. Ils apprennent aux patients déprimés à mieux faire face et réduisent la détresse engendrée par les symptômes.

On a fait récemment des observations encourageantes au sujet du rapport coût/efficacité de psychothérapies utilisées en association avec la pharmacothérapie ou en solution de remplacement pour soigner des psychoses et toute une série de troubles de l'humeur et de réactions au stress. Les recherches font constamment apparaître que les interventions psychologiques améliorent la satisfaction et l'observance du traitement, ce qui contribue dans une large mesure à réduire les taux de récidive, d'hospitalisation et de chômage. Le surcoût des traitements psychologiques est compensé par le fait qu'il est alors moins nécessaire de recourir à d'autres services de santé (Schulberg et al., 1998 ; Rosenbaum & Hylan, 1999).

### RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

La réadaptation psychosociale est un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. Elle consiste à la fois à améliorer les compétences individuelles et à modifier l'environnement (OMS, 1995). La réadaptation psychosociale n'est pas une simple technique mais un processus complet.

Les stratégies de réadaptation psychosociale varient selon les besoins des consommateurs, le cadre de la réadaptation (hôpital ou communauté) et les conditions culturelles et socio-économiques du pays. Le logement, la réadaptation professionnelle et l'emploi ainsi que les réseaux de soutien social sont autant d'aspects d'une stratégie de réadaptation psychosociale qui a pour principaux objectifs d'augmenter la capacité d'action des consommateurs en luttant contre les discriminations et les préjugés, d'améliorer les compétences sociales individuelles et de créer un système de soutien social durable. La réadaptation psychosociale doit être considérée comme l'une des composantes de soins de santé mentale complets à base communautaire. A Shanghai (Chine) par exemple, les modèles de réadaptation psychosociale font appel aux soins primaires, au soutien familial, à des services psychiatriques d'appoint, à des superviseurs communautaires et à la réinsertion en entreprise.

La réadaptation psychosociale donne à de nombreux individus la possibilité d'acquérir ou de recouvrer les compétences pratiques nécessaires à la vie en communauté et à la sociabilisation et leur apprend à faire face à leurs incapacités. Elle aide les patients à développer leurs compétences sociales et à se livrer à des occupations et des activités de loisirs valorisantes leur donnant le sentiment de participer à la vie communautaire. Elle enseigne en outre des notions de base concernant, par exemple, le régime alimentaire, l'hygiène individuelle, la préparation des aliments, les achats, les comptes d'un ménage, la tenue d'un intérieur et l'usage des transports publics.

### RÉINSERTION PROFESSIONNELLE ET EMPLOI

Des coopératives de travail ont été organisées par des malades psychiatriques, des agents de santé et des travailleurs sociaux et, parfois, par des personnes frappées d'incapacités autres que psychiatriques dans des pays tels que l'Allemagne, l'Argentine, le Brésil, la Chine, la Côte d'Ivoire, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas. Ces activités professionnelles visent non

### Encadré 3.6 Création d'emplois dans la communauté

On pourrait citer des milliers de cas dans le monde où les malades mentaux ne sont pas seulement intégrés à leur communauté mais exercent une activité productive et importante du point de vue économique. Rien qu'en Europe, ils sont quelque 10 000 à travailler dans des entreprises spécialement créées pour eux. Plusieurs exemples illustrent ici les possibilités d'emploi qui leur sont offertes dans la communauté.<sup>1</sup>

A Bouaké, en Côte d'Ivoire, un petit nombre de malades mentaux, dont certains avaient été enchaînés pendant des années, ont été recrutés pour monter un élevage de volailles. D'abord suspect aux yeux des habitants, cet élevage est devenu une grande entreprise

dont dépend désormais la communauté locale. La première réaction de rejet a petit à petit fait place à un soutien enthousiaste, surtout lorsque, manquant de bras, la ferme a commencé à recruter au sein de la communauté, devenant ainsi le plus gros employeur local.

En Espagne, une grande organisation non gouvernementale a créé, dans le secteur tertiaire, 12 centres qui emploient plus de 800 personnes atteintes de troubles mentaux, notamment une fabrique de meubles à Cabra, en Andalousie, dont les 212 ouvriers ont en grande majorité fait des séjours prolongés en hôpital psychiatrique. Très moderne, l'usine compte plusieurs chaînes d'assemblage auxquelles les travailleurs sont affectés selon leurs

capacités et leurs besoins. Il y a quelques années à peine, ces ouvriers étaient enfermés à l'hôpital, comme bien d'autres malades mentaux le sont encore ailleurs. Aujourd'hui, leurs produits se vendent dans toute l'Europe et aux États-Unis d'Amérique.

En Italie, une coopérative de travail pour personnes atteintes de troubles mentaux, qui comptait 9 membres à sa création en 1981, est aujourd'hui forte de 500 associés, auxquels elle a redonné un emploi productif au sein de la société. Semblable à des centaines d'autres en Italie, elle assure des services de nettoyage; des services sociaux pour les personnes âgées, les adultes handicapés et les enfants; des programmes de formation pro-

fessionnelle; l'entretien des parcs et jardins; des activités de maintenance générale.

A Beijing, en Chine, l'une des plus grandes fabriques de coton du pays met à la disposition de ses employés plusieurs centaines de logements ainsi qu'un hôpital de 140 lits et deux écoles. Récemment, une jeune ouvrière a été diagnostiquée comme souffrant de schizophrénie et hospitalisée pendant un an. A sa sortie de l'hôpital, elle a regagné son logement et repris son travail à plein salaire. Mais, au bout d'un mois, ne pouvant suivre la cadence de ses collègues, elle a été mutée à un poste administratif, son employeur étant tenu par la loi de la réembaucher après sa maladie.

<sup>1</sup> Harnois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail (WHO/MSD/MPS/00.2).

pas à créer un environnement artificiellement protégé, mais à donner à des malades psychiatriques une formation leur permettant de se livrer à des activités économiquement productives. L'Encadré 3.6 en donne quelques exemples.

En mettant en valeur les ressources inexploitées de la communauté, on crée un nouveau modèle qui a de profondes répercussions en santé publique. Ce modèle appelé « entreprise sociale » est désormais très élaboré dans certains pays méditerranéens (de Leonardi et al., 1994). La coopération entre secteurs public et privé au sein d'une entreprise sociale est une formule prometteuse du point de vue de la santé publique. Elle compense la pénurie de ressources et remplace la réadaptation psychosociale classique en faisant participer plus activement les personnes atteintes de troubles à un processus de travail en commun bénéfique pour leur santé et générateur de ressources.

### LOGEMENT

Le logement, qui constitue un droit fondamental, est bien souvent le principal obstacle à la désinstitutionnalisation et à la réforme psychiatrique. Chacun doit vivre dans un logement décent, de sorte que la nécessité de lits psychiatriques pour les malades mentaux ne saurait être contestée.

Certains troubles mentaux obligent à utiliser des lits dans deux cas : premièrement, au cours de la phase aiguë et, deuxièmement, pendant la convalescence ou, pour certains malades, au cours d'une évolution chronique et irréversible. L'expérience de nombreux pays d'Amérique, d'Asie et d'Europe montre que, dans le premier cas, un lit situé dans un hôpital général est le moyen le plus approprié, tandis que, dans le second, des formes d'hébergement communautaire ont remplacé avantageusement l'ancien asile. Dans certaines circonstances, il sera toujours nécessaire de prévoir de brefs séjours dans un hôpital général, et une catégorie de malades, peu nombreuse, devra être hébergée dans d'autres établissements. Ces solutions sont des composantes de soins intégrés parfaitement compatibles et tout à fait conformes à la stratégie des soins de santé primaires.

En dehors des initiatives mentionnées plus haut, des expériences intéressantes dans le domaine de la réadaptation psychosociale ont lieu en Afrique du Sud, au Botswana, au Brésil, en Chine, en Espagne, en Grèce, en Inde, en Malaisie, au Mali, au Mexique, au Pakistan, en République islamique d'Iran, au Sénégal, à Sri Lanka et en Tunisie (Mohit, 1999 ; Mubbashar, 1999 ; OMS, 1997b). Dans ces pays, on s'oriente principalement vers des activités professionnelles et vers un appui social communautaire. Très souvent, la réadaptation psychosociale ne se préoccupe pas du logement pour la bonne raison qu'il n'y en a pas de disponible. Les malades les plus atteints auraient besoin d'une forme d'hébergement qui remplace l'institutionnalisation; les stratégies de logement actuelles étant souvent trop coûteuses pour de nombreux pays en développement, il faudra trouver des solutions novatrices.

## EXEMPLES D'EFFICACITÉ

On peut classer en trois grandes catégories les interventions de prise en charge des troubles mentaux et du comportement, selon qu'il s'agit de prévention, de traitement ou de réadaptation. Ces trois catégories correspondent approximativement aux notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Leavell & Clark, 1965).

- **Prévention** (prévention primaire ou protection spécifique) : mesures applicables à une maladie ou groupe de maladies pour en bloquer les causes avant qu'elles n'agissent sur l'homme; en d'autres termes, pour empêcher la survenue de la maladie.
- **Traitement** (prévention secondaire) : mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès.
- **Réadaptation** (prévention tertiaire) : ensemble de mesures visant à permettre aux personnes handicapées de recouvrer leurs fonctions initiales ou d'utiliser au maximum les capacités qui leur restent; la réadaptation comprend à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement.

On trouvera ci-après à titre d'exemple une série d'interventions efficaces qui présentent de l'importance en santé publique. Pour certains troubles, l'intervention la plus efficace est l'action préventive, tandis que, pour d'autres, c'est le traitement ou la réadaptation.

## DÉPRESSION

En dehors de quelques cas isolés, l'efficacité des interventions de prévention primaire de la dépression n'est pas prouvée. En revanche, certaines interventions telles que la mise en place de réseaux de soutien pour les groupes à risque, les actions axées sur un événement, l'aide aux familles et aux individus vulnérables ainsi qu'un dépistage et des moyens de traitement convenables des incapacités au niveau des soins de santé primaires paraissent plus efficaces (Paykel, 1994). Un certain nombre de programmes de dépistage, d'éducation et de traitement ont permis de réduire la dépression chez les mères et d'éviter ses effets néfastes sur leurs enfants. De tels programmes peuvent être assurés au niveau des soins primaires, par des infirmières visiteuses ou des agents de santé communautaires, par exemple. Leur usage n'est cependant pas généralisé, même dans les pays industrialisés (Cooper & Murray, 1998).

Les objectifs de la thérapie sont l'atténuation des symptômes, la prévention des rechutes et, finalement, la guérison complète. Le traitement de première intention pour la plupart des personnes dépressives consiste aujourd'hui à administrer des antidépresseurs, à faire suivre une psychothérapie ou à associer ces deux méthodes.

Les antidépresseurs sont efficaces pour toute la gamme des épisodes de dépression. En cas de dépression légère, le taux de réponse global est d'environ 70 % ; en cas de dépression grave, il est plus bas, mais supérieur à celui d'un placebo. Des études montrent que les antidépresseurs tricycliques de première génération sont aussi efficaces que les nouveaux médicaments et moins coûteux : dans de nombreux pays en développement, leur coût est d'environ US \$2-3 par mois de traitement. Les nouveaux antidépresseurs sont des traitements efficaces pour les épisodes dépressifs sévères; ils ont moins d'effets indésirables et sont mieux acceptés par les patients, mais ne sont guère disponibles dans de nombreux pays en développement. Ils peuvent présenter un avantage dans les tranches d'âge supérieures.

La phase aiguë nécessite 6 à 8 semaines de traitement médicamenteux pendant lesquelles le malade est vu toutes les semaines ou tous les 15 jours – à des intervalles plus courts aux stades initiaux – pour le contrôle des symptômes et effets secondaires, l'ajustement des doses et un soutien.

Si ses résultats sont satisfaisants, la phase aiguë d'un traitement par les antidépresseurs ou d'une psychothérapie doit presque toujours être suivie d'au moins 6 mois de traitement d'entretien ininterrompu. Les patients sont alors examinés une ou deux fois par mois. Le premier objectif de cette nouvelle phase est de prévenir les rechutes et elle peut ramener le taux de rechute de 40-60 % à 10-20 %. Son objectif ultime est la rémission complète suivie d'une guérison. Il semblerait – mais les preuves dont on dispose sont encore minces – que les récurrences soient moins fréquentes après une thérapie cognitivo-comportementale réussie qu'après un traitement aux antidépresseurs (voir le Tableau 3.2).

La phase dite « pharmacothérapie d'entretien » vise à prévenir la réapparition de troubles de l'humeur; elle est généralement recommandée pour les personnes ayant eu trois épisodes dépressifs ou davantage, une dépression chronique ou dont les symptômes persistent. Cette phase peut durer des années et nécessite en général des visites mensuelles ou trimestrielles.

Certaines personnes préfèrent la psychothérapie ou le conseil à la chimiothérapie pour le traitement de la dépression. Vingt années de recherche montrent que plusieurs formes de psychothérapie limitée dans le temps sont aussi efficaces que les médicaments pour le traitement des dépressions légères à modérées. Parmi ces thérapies spécifiques de la dépression figurent la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien en face à face ; l'accent y est mis sur une collaboration active et sur l'éducation du patient. Un certain nombre d'études réalisées en Afghanistan, aux Etats-Unis d'Amérique, en Inde, au Pakistan, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, à Sri Lanka et en Suède révèlent qu'il est possible de former des médecins généralistes à ce type de traitement et que celui-ci est d'un bon rapport coût/efficacité (Sriram et al., 1990 ; Mubbashar, 1999 ; Mohit et al., 1999 ; Tansella & Thornicroft, 1999 ; Ward et al., 2000 ; Bower et al., 2000).

Même dans les pays industrialisés, seule une minorité de personnes atteintes de dé-

pression cherche à se faire soigner ou accède à un traitement. Une partie de l'explication réside dans les symptômes eux-mêmes. L'autodépréciation, un sentiment de culpabilité excessif et l'absence de motivation dissuadent l'intéressé de rechercher un traitement dont il est d'ailleurs peu probable qu'il puisse apprécier les avantages potentiels. En outre, les difficultés financières et la peur d'une réprobation sociale ont aussi un effet dissuasif. En dehors de l'intéressé, les prestataires de soins peuvent eux aussi ne pas reconnaître les symptômes et ne pas se conformer aux meilleures pratiques recommandées, parce qu'ils n'ont ni le temps ni les moyens d'offrir un traitement fondé sur des bases factuelles au niveau des soins primaires.

**Tableau 3.2 Dépression : efficacité de différentes interventions**

Intervention	% de rémission après 3 à 8 mois
Placebo	27
Tricycliques	48-52
Psychothérapie (cognitive ou face-à-face)	48-60

Sources :

Mynors-Wallis L et al. (1996) Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-262.

Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53: 112-118.

## DÉPENDANCE ALCOOLIQUE

La prévention de la dépendance alcoolique doit être considérée dans le contexte général de la prévention et de l'atténuation des problèmes liés à l'alcool au sein de la population (accidents, traumatismes, suicides, violence, etc.), qui font l'objet du chapitre 4. Il existe un lien entre les valeurs culturelles et religieuses et une faible consommation d'alcool.

Le traitement a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'alcool et de limiter les autres problèmes socio-économiques associés à une consommation chronique et excessive d'alcool.

Un dépistage et un traitement précoces de l'alcoolomanie, les interventions psychologiques, le traitement des effets nocifs de l'alcool (y compris le syndrome de manque et autres conséquences médicales), l'enseignement de nouveaux moyens de faire face aux situations comportant un risque de consommation et de rechute, l'éducation de la famille et la réadaptation sont les principales stratégies qui se sont révélées efficaces dans le traitement des problèmes liés à l'alcool et de la dépendance alcoolique.

La recherche épidémiologique montre que la plupart des problèmes surviennent chez des personnes qui ne sont pas fortement dépendantes, par exemple chez des individus qui prennent le volant ou ont des comportements à risque alors qu'ils sont en état d'ébriété, ou qui boivent régulièrement de façon excessive mais continuent à exercer leur profession ou à aller à l'école tout en entretenant des relations normales et en menant une vie relativement stable. Parmi les patients qui se rendent dans des dispensaires de soins de santé primaires et qui boivent de façon excessive, seuls 25 % souffrent de dépendance alcoolique.

Les personnes qui consomment des quantités excessives d'alcool sans être alcoolodépendantes peuvent faire l'objet de brèves interventions consistant en diverses activités. Ces interventions sont peu intenses et de courte durée ; elles comportent généralement 3 à 5 séances au maximum de conseil et d'éducation d'une durée de 5 à 60 minutes. Elles sont destinées à prévenir l'apparition de problèmes liés à l'alcool. Leur contenu varie, mais la plupart sont instructives et motivantes, et conçues en fonction du comportement spécifique du buveur. Elles se servent des renseignements issus du dépistage et privilégient l'éducation, le développement des compétences, les encouragements et les conseils pratiques plutôt qu'une analyse psychologique approfondie ou un traitement prolongé (Gomel et al., 1995).

Pour le traitement précoce des problèmes liés à l'alcool, l'efficacité de ces brèves interventions pratiquées par des professionnels des services de santé primaires est attestée par de nombreuses études (OMS, 1996 ; Wilk et al., 1997). Elles permettent de réduire la consommation d'alcool dans une proportion atteignant 30 % pendant 6 à 12 mois ou davantage. Les études en question montrent aussi que ces interventions sont d'un bon rapport coût/efficacité (Gomel et al., 1995).

Pour les personnes souffrant d'une dépendance alcoolique plus sévère, il existe des formules de traitement ambulatoire et en institution qui se sont révélées efficaces, les premières étant sensiblement moins coûteuses que les secondes. Plusieurs traitements psychologiques ont donné des résultats tout aussi satisfaisants, notamment le traitement cognitivo-comportemental, les entretiens de motivation et les démarches en 12 étapes associées à un traitement psychiatrique. Des méthodes de soutien communautaire comme celles d'Alcooliques Anonymes pendant et après le traitement psychiatrique donnent toujours de meilleurs résultats que ce traitement seul. Le traitement ou simplement l'implication du conjoint et de membres de la famille présentent des avantages, à la fois pour le lancement et la poursuite de la thérapie anti-alcoolique.

La désintoxication (traitement du sevrage alcoolique) au sein de la communauté est souvent préférable, sauf dans les cas suivants : dépendance sévère, antécédents de delirium tremens ou de crises de sevrage, environnement familial défavorable et échec d'une



désintoxication précédente (Edwards et al., 1997). Les soins en institution demeurent la méthode de choix pour les patients présentant une comorbidité médicale ou psychiatrique grave. Les interventions psychosociales pratiquées par un personnel auxiliaire et par la famille jouent aussi un rôle important dans le processus de guérison, notamment lorsque la dépendance alcoolique s'accompagne d'autres problèmes.

Rien ne prouve l'efficacité d'un traitement coercitif, et il est peu probable qu'un tel traitement (décidé par une autorité administrative, une cour de justice ou toute autre instance) soit bénéfique (Heather, 1995).

Les médicaments ne peuvent pas remplacer les traitements psychologiques chez les alcoolodépendants, mais quelques-uns se sont révélés efficaces, à titre d'appoint, pour réduire les taux de rechute (NIDA, 2000).

## PHARMACODÉPENDANCE

La prévention de la pharmacodépendance doit être considérée dans le contexte général de la prévention et de l'atténuation des problèmes liés à la drogue au sein de la population, qui font l'objet du chapitre 4.

La thérapie vise à réduire la morbidité et la mortalité dues ou associées à l'usage de substances psychoactives jusqu'au moment où le patient parvient à se passer de drogues. Elle comprend un diagnostic précoce, la détermination et la prise en charge du risque de maladies infectieuses et autres problèmes médicaux et sociaux, une pharmacothérapie de stabilisation et de soutien (pour la dépendance aux opiacés), le conseil et, enfin, l'accès aux divers services et moyens d'intégration sociale.

Les pharmacodépendants ont souvent des besoins complexes : ils sont exposés au VIH et autres organismes pathogènes transmis par le sang, à une comorbidité physique et mentale, aux problèmes posés par la consommation de plusieurs substances psychoactives, à la délinquance et à des problèmes de relations personnelles, d'emploi et de logement. Cette diversité nécessite une corrélation entre les professionnels de la santé, les services sociaux, les organisations bénévoles et le système judiciaire.

Le partage des soins et l'intégration des services sont des exemples de bonnes pratiques pour le traitement des pharmacodépendants. Les médecins généralistes peuvent identifier et traiter des épisodes aigus d'intoxication et de manque, donner de brefs conseils, vacciner, faire le dépistage du VIH et pratiquer des frottis cervicaux, donner des conseils de planification familiale et orienter le malade vers un service spécialisé.

Le conseil et autres thérapies comportementales sont des composantes essentielles d'un traitement efficace de la dépendance, car ils peuvent favoriser la motivation, les facultés d'adaptation, l'aptitude à résoudre les problèmes et la solution des difficultés relationnelles. Dans le cas particulier de la dépendance aux opiacés, les pharmacothérapies de substitution sont des compléments efficaces du conseil. Étant donné que la majorité des pharmacodépendants sont aussi des fumeurs, ils doivent recevoir des conseils sur le sevrage tabagique et bénéficier de thérapies de remplacement de la nicotine. Des groupes d'entraide peuvent aussi compléter et prolonger l'efficacité du traitement administré par les professionnels de la santé.

La désintoxication médicale n'est que le premier stade du traitement de la dépendance et ne peut à elle seule modifier une consommation prolongée de drogue. Il faut prévoir une thérapie de longue durée et traiter également toute comorbidité psychiatrique pour réduire les taux de rechute. La plupart des patients ont besoin d'un traitement de 3 mois au minimum pour faire des progrès notables.

L'injection de drogues illicites pose un problème particulier en santé publique. L'utilisation commune du matériel d'injection est en effet associée à la transmission d'organismes pathogènes véhiculés par le sang (notamment le VIH et les virus de l'hépatite B et C) et elle

est responsable de la propagation du VIH dans de nombreux pays, partout où l'injection de drogues est une pratique répandue.

Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse qui ne se font pas soigner risquent six fois plus d'être infectés par le VIH que ceux qui suivent un traitement régulier. Dès lors, les services de traitement devraient assurer le dépistage du VIH/SIDA, de l'hépatite B et C, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses et, chaque fois que cela est possible, traiter les maladies qu'ils détectent et offrir des services de conseil pour aider les patients à renoncer aux pratiques d'injection dangereuses.

Le traitement de la pharmacodépendance est d'un bon rapport coût/efficacité pour réduire l'usage des drogues (40 à 60 %) et atténuer ses conséquences sanitaires et sociales, comme l'infection à VIH et la délinquance. D'une efficacité comparable à celle du traitement d'autres maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension et l'asthme (NIDA, 2000), il s'est avéré moins coûteux que d'autres formules comme le non-traitement des pharmacodépendants ou leur incarcération. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis d'Amérique, le coût moyen d'une année complète de traitement de soutien par la méthadone s'élève à environ US \$4700 par patient, alors qu'une année d'emprisonnement coûte environ US \$18 400 par détenu.

## SCHIZOPHRÉNIE

Actuellement, la prévention primaire de la schizophrénie est impossible. Les chercheurs s'attachent cependant depuis peu à mettre au point des techniques permettant de déceler les personnes exposées à un risque de schizophrénie au tout début de la maladie, ou même avant la survenue des symptômes. Un dépistage précoce permettrait d'intervenir plus tôt pour réduire le risque d'évolution chronique ou de séquelles graves. L'efficacité des programmes de dépistage ou d'intervention précoces doit être évaluée dans le cadre de suivis de longue durée (McGorry, 2000).

Le traitement de la schizophrénie comprend trois volets : premièrement, un traitement médicamenteux pour atténuer les symptômes et prévenir les rechutes; deuxièmement, des interventions éducatives et psychosociales qui aident les patients et leur famille à faire face à la maladie et à ses complications et qui contribuent aussi à prévenir les rechutes; troisièmement, la réadaptation qui aide le patient à se réinsérer dans la communauté et à recouvrer ses capacités d'apprentissage ou ses aptitudes professionnelles. Le réel problème que pose le traitement des schizophrènes est la nécessité d'organiser des services allant, sans interruption, du dépistage précoce à un traitement régulier pour s'achever par la réadaptation.

Les soins ont pour objet de dépister la maladie dès que possible, de traiter les symptômes, de développer les capacités des patients et de leur famille, d'assurer la pérennité des améliorations, de prévenir les rechutes et de réintégrer les malades dans la communauté pour leur permettre de mener une vie normale. Il est clair que le traitement réduit la durée de la maladie et sa chronicité, et prévient les rechutes.

Deux groupes de médicaments sont actuellement utilisés pour le traitement de la schizophrénie : les antipsychotiques standard, précédemment appelés neuroleptiques, et les antipsychotiques nouveaux ou neuroleptiques de deuxième génération dits « atypiques ». Les premiers sont en usage depuis une cinquantaine d'années et se sont révélés utiles pour atténuer, et parfois éliminer, certains symptômes de la schizophrénie tels que les troubles du cours de la pensée, les hallucinations et les idées délirantes. Ils peuvent aussi agir sur des symptômes associés (agitation, impulsivité et agressivité). Un tel résultat peut s'observer au bout de quelques jours ou quelques semaines chez environ 70 % des patients. S'ils sont pris régulièrement, ces médicaments peuvent aussi réduire de moitié le risque de rechute. Les médicaments actuellement disponibles semblent moins efficaces pour le traitement de

symptômes tels que l'apathie, le retrait social et la pauvreté des idées. Les médicaments de première génération sont bon marché et, dans les pays en développement, leur coût ne dépasse pas US \$5 par mois de traitement. Certains peuvent être administrés par injection à action prolongée à des intervalles de 1 à 4 semaines.

Les antipsychotiques peuvent aider les patients à tirer profit de thérapies psychosociales. Les plus récents risquent moins de produire des effets secondaires, tout en améliorant certains symptômes. Il ne semble pas que ces médicaments soient sensiblement plus efficaces que les anciens, mais ils présentent des différences dans leurs effets secondaires les plus fréquents.

La durée moyenne du traitement est de 3 à 6 mois. Un traitement d'entretien doit être suivi pendant au moins un an après un premier épisode de la maladie, pendant 2 à 5 ans après un deuxième épisode et plus longtemps encore pour les patients ayant subi plus de deux épisodes. Dans les pays en développement, la réaction au traitement est meilleure, les doses de médicaments sont plus faibles et la durée du traitement est moindre. Tout au long

du traitement, le soutien des familles est important. Certaines études montrent qu'en associant un traitement médicamenteux régulier à une éducation et à un soutien des familles, on peut ramener le taux de rechute de 50 % à moins de 10 % (voir le Tableau 3.3) (Leff & Gamble, 1995 ; Dixon et al., 2000 ; Pharaoh et al., 2000).

La réadaptation psychosociale des schizophrènes englobe diverses mesures qui vont de l'amélioration de la sociabilité et de la capacité de tisser des liens au soutien de la famille. Parmi les conditions essentielles figurent le renforcement du pouvoir d'action des consommateurs ainsi que la lutte contre les préjugés et la discrimination par l'information de l'opinion publique et par l'adoption d'une législation appropriée. Le respect des droits de l'homme est le principe fondamental de cette stratégie.

Actuellement, rares sont les schizophrènes qui doivent être hospitalisés pendant longtemps ; lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, sa durée moyenne n'est que de 2 à 4 semaines, contre plusieurs années avant l'adoption des thérapies modernes. Une réadaptation dans des centres de soins ambulatoires, des ateliers protégés et des foyers permet de mieux guérir les patients ayant une maladie de longue durée ou des incapacités résiduelles telles que la lenteur, l'absence de motivation et le retrait social.

## EPILEPSIE

Parmi les mesures efficaces pour prévenir l'épilepsie figurent des soins prénatals et post-natals appropriés, de bonnes conditions d'accouchement, le traitement de la fièvre chez l'enfant, la lutte contre les maladies parasitaires et infectieuses, et la prévention des lésions cérébrales, notamment par le contrôle de la tension artérielle et par le port de ceintures et de casques de sécurité.

Le traitement a pour objet de prévenir les crises pendant au moins 2 ans et de réinsérer le patient dans son milieu éducatif et communautaire. Un diagnostic précoce et la prise régulière de médicaments d'entretien sont essentiels pour un résultat satisfaisant.

L'épilepsie est presque toujours traitée au moyen de médicaments antiépileptiques. De récentes études conduites à la fois dans des pays développés et en développement montrent que jusqu'à 70 % de cas nouvellement diagnostiqués chez l'enfant et l'adulte peuvent être traités avec succès à l'aide d'antiépileptiques qui, s'ils sont pris régulièrement, stoppent les crises (voir le Tableau 3.4). Après 2 à 5 ans d'un traitement réussi (fin des crises épilepti-

**Tableau 3.3 Schizophrénie : efficacité de différentes interventions**

Intervention	% de rechute après 1 an
Placebo	55
Chlorpromazine	20-25
Chlorpromazine + intervention familiale	2-23

Sources :

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):631-643.

Dixon LB et al. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):567-577.

ques), on peut l'interrompre dans 60 à 70 % des cas. Dans les autres cas, le traitement médicamenteux doit être maintenu à vie, mais, dans la mesure où ils prennent tous leurs médicaments, de nombreux patients peuvent espérer ne plus subir de crises et, chez les autres, la fréquence ou la sévérité de ces crises peut considérablement s'abaisser. Lorsque l'épilepsie résiste au traitement, une neurochirurgie peut donner de bons résultats. Un soutien psychologique et social est également utile (ILAE/IBE/OMS, 2000).

Le phénobarbital est devenu l'antiépileptique de première intention dans les pays en développement, peut-être parce que les autres médicaments sont 5 à 20 fois plus coûteux. Une étude conduite dans l'Inde rurale a établi que 65 % des personnes ayant reçu du phénobarbital avaient été soignées avec succès et que la même proportion avait bien répondu à la phénytoïne ; les réactions indésirables avaient été similaires dans les deux groupes (Mani et al., 2001). Une étude menée en Indonésie a conclu qu'en dépit de certains inconvénients, le phénobarbital devait demeurer le médicament de choix pour le traitement de l'épilepsie dans les pays en développement. En Equateur et au Kenya, une comparaison entre le phénobarbital et la carbamazépine n'a fait apparaître aucune différence sensible sur les plans de l'efficacité et de l'innocuité (Scott et al., 2001). Dans la plupart des pays, le coût moyen du traitement au phénobarbital ne dépasse pas US \$5 par an et par patient.

## MALADIE D'ALZHEIMER

La prévention primaire de la maladie d'Alzheimer est actuellement impossible. Le traitement a pour objet de maintenir l'ensemble des fonctions de l'individu, de réduire les incapacités dues à la perte des fonctions mentales, de réorganiser les activités quotidiennes en vue d'exploiter au maximum les fonctions restantes, de réduire autant que possible les symptômes perturbants comme les symptômes psychotiques (par exemple la méfiance excessive), l'agitation et la dépression et, enfin, de soutenir les familles.

L'un des objectifs essentiels de la recherche sur le traitement de la maladie d'Alzheimer est l'identification des agents qui retardent la survenue, ralentissent la progression ou améliorent les symptômes de la maladie. Les agonistes des récepteurs cholinergiques (AChE) ont généralement donné de bons résultats dans le traitement de la dysfonction cognitive globale et sont extrêmement efficaces pour améliorer l'attention. En revanche, l'amélioration des troubles de l'apprentissage et de la mémoire – déficits de la fonction cognitive les plus fréquents dans le cas de la maladie d'Alzheimer – s'observe moins fréquemment. Le traitement avec ces inhibiteurs de l'AChE semble aussi améliorer les symptômes autres que cognitifs, tels que les délires et les troubles du comportement.

Le traitement de la dépression chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est de nature à améliorer les capacités fonctionnelles. Parmi les symptômes comportementaux de la maladie, la dépression et l'anxiété surviennent le plus souvent aux premiers stades, tandis que les symptômes psychotiques et l'agressivité s'observent ultérieurement. Compte tenu du nombre croissant de personnes âgées, l'un des enjeux de demain sera de veiller à leur bien-être (Encadré 3.7).

Les interventions psychosociales sont d'une extrême importance dans le cas de la maladie d'Alzheimer, tant pour le patient que pour les gardes-malades familiaux qui sont eux-mêmes exposés à la dépression, à l'anxiété et aux troubles somatiques. Elles comprennent une psycho-éducation, un soutien, l'application de techniques cognitivo-comportementales, l'auto-assistance et le traitement de répit. L'une de ces interventions psychosociales

**Tableau 3.4 Epilepsie : efficacité de différentes interventions**

Intervention	% sans crises après 1 an
Placebo	Non indiqué
Carbamazépine	52
Phénobarbital	54-73
Phénytoïne	56

Sources :

Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337(8738):406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351(9095): 19-23.

### Encadré 3.7 Veiller au bien-être des grands-parents de demain

La forte augmentation de la population âgée observée partout dans le monde n'est pas due seulement à des changements socio-démographiques, mais aussi à l'allongement de l'espérance de vie au cours du XX<sup>e</sup> siècle, grâce notamment aux progrès de l'assainissement et de la santé publique. Cette victoire sera malheureusement l'un des grands problèmes des décennies à venir : assurer le bien-être des personnes âgées qui représenteront plus de 20 % de la population mondiale en 2025.

Le vieillissement de la population devrait influencer profondément sur la fréquence et la distribution

des troubles somatiques et mentaux ainsi que sur les liens réciproques de ces deux types de trouble.

Les problèmes de santé mentale sont fréquents chez les personnes âgées et peuvent être à la fois graves et multiples. Outre la maladie d'Alzheimer, qui ne touche quasiment que cette tranche d'âge, nombre de problèmes tels que la dépression, l'anxiété et les troubles psychotiques sont très courants. Les taux de suicide atteignent souvent un maximum chez les hommes âgés. L'usage nocif de substances, notamment d'alcool et de médicaments, est aussi très fréquent, bien qu'en grande partie ignoré.

Ces troubles causent de nombreuses souffrances aux intéressés ainsi qu'à leur famille. Dans bien des cas, les proches doivent sacrifier une grande partie de leur vie pour se consacrer pleinement à leur parent malade. Le fardeau est lourd pour la famille comme pour la collectivité et, la plupart du temps, les ressources sont insuffisantes pour apporter aux patients et à leur entourage le soutien dont ils ont besoin.

Une grande partie de ces problèmes pourraient être pris en charge efficacement, mais la majorité des pays n'ont pas de politiques, de programmes ou de services pour répondre à ces besoins. Une double

discrimination envers les malades mentaux d'une part, et les personnes en fin de vie de l'autre, ne facilite pas l'accès à l'aide nécessaire.

Au nom du droit à la vie et à la qualité de la vie, les sociétés devraient porter un regard complètement différent sur les personnes âgées et briser les tabous à leur égard. La manière dont les sociétés s'organisent pour aider les personnes âgées est révélatrice de l'importance qu'elles attachent à la dignité humaine.

(conseil individuel et familial associé à la participation à un groupe de soutien) destinée au conjoint soignant a eu pour effet au cours d'une étude de retarder de près d'un an l'institutionnalisation de patients atteints de démence (Mittleman et al., 1996).

### RETARD MENTAL

En raison de la gravité de cette affection et de la lourde charge qu'elle fait peser sur les patients, leur famille et les services de santé, la prévention revêt une extrême importance. Les causes du retard mental étant très diverses, l'action préventive doit comporter des mesures spécifiques. On peut citer, à titre d'exemples, l'iodation de l'eau ou du sel pour prévenir le retard mental (crétinisme) imputable à une carence en iode (Mubbashar, 1999), l'abstinence alcoolique chez les femmes enceintes pour éviter le syndrome d'alcoolisme fœtal, la surveillance du régime alimentaire pour prévenir le retard mental chez les personnes présentant une phénylcétonurie, le conseil génétique pour éviter certaines formes de la maladie telles que le syndrome de Down, des soins prénatals et postnatals appropriés, et la surveillance de l'environnement pour prévenir le retard mental dû à une intoxication par des métaux lourds tels que le plomb.

Le traitement a pour objet le dépistage précoce et l'utilisation optimale des capacités intellectuelles du patient par l'apprentissage, la modification du comportement, l'éducation et le soutien de la famille, la formation professionnelle et le travail dans un cadre protégé.

L'intervention précoce est une action planifiée visant à favoriser le développement par une série de manipulations de facteurs environnementaux ou expérimentaux au cours des cinq premières années de l'existence. Ses objectifs sont les suivants : accélérer le rythme du développement, faire acquérir de nouveaux comportements et compétences, améliorer l'autonomie et réduire au minimum les effets du handicap. D'une manière générale, l'enfant suit un entraînement sensorimoteur et fait l'objet d'un programme de stimulation infantile, parallèlement à des interventions psychosociales de soutien.

Montrer aux parents comment enseigner les compétences de la vie quotidienne est d'une importance fondamentale pour le traitement du retard mental, notamment dans les pays en développement. Les parents doivent être informés des principes d'apprentissage

et familiarisés avec les techniques de modification du comportement et de formation professionnelle. Ils peuvent en outre se soutenir mutuellement au sein de groupes d'entraide.

La majorité des enfants souffrant de retard mental ont du mal à suivre un cursus scolaire normal. Ils ont besoin d'une aide supplémentaire et certains peuvent fréquenter des établissements spéciaux où l'accent est mis sur les activités journalières (par exemple comment s'alimenter ou s'habiller), sur la sociabilisation et sur les notions de chiffres et de lettres. Les techniques de modification du comportement jouent un rôle important en permettant d'acquérir un grand nombre de ces compétences ainsi qu'en favorisant les comportements souhaitables et en limitant les autres.

La formation professionnelle dans des cadres protégés et l'acquisition des comportements souhaitables ont permis à de nombreuses personnes souffrant d'un retard mental de mener une vie active.

## TROUBLES HYPERKINÉTIQUES

On ignore l'étiologie précise des troubles hyperkinétiques – activité excessive chez l'enfant, souvent accompagnée de spasmes – de sorte qu'une prévention primaire est actuellement impossible. On peut cependant prévenir la survenue de symptômes souvent diagnostiqués à tort comme des troubles hyperkinétiques par des interventions préventives dans les familles et à l'école.

On ne saurait envisager le traitement des troubles hyperkinétiques sans s'être assuré auparavant de l'exactitude du diagnostic. Trop souvent, on pose un diagnostic de trouble hyperkinétique alors que les critères diagnostiques objectifs de cette affection ne sont pas réunis. De ce faux diagnostic résultent des difficultés pour déterminer la réaction du patient aux interventions thérapeutiques. Des symptômes hyperkinétiques s'observent dans toute une série de troubles pour lesquels il existe des traitements spécifiques plus appropriés que celui des troubles hyperkinétiques. Ainsi, certains enfants et adolescents qui manifestent des symptômes de trouble hyperkinétique souffrent en fait de psychose ou d'un trouble obsessionnel-compulsif, tandis que d'autres présentent des troubles spécifiques de l'apprentissage, et d'autres encore ont un comportement normal mais sont placés dans un environnement où l'on tolère mal le comportement en question. Enfin, certains enfants éprouvent des symptômes hyperkinétiques en réaction à un facteur de stress intense présent à l'école ou au domicile. Il est donc essentiel de procéder à un diagnostic complet qui nécessite souvent l'avis d'un spécialiste.

Si l'on a souvent recours à des stimulants du type amphétamine, certains préconisent une thérapie comportementale et une modification de l'environnement pour atténuer les symptômes hyperkinétiques. Il convient d'évaluer ces méthodes pour déterminer si elles conviennent comme traitement de première intention, notamment lorsque le diagnostic de trouble hyperkinétique est douteux. En l'absence de lignes directrices universellement approuvées sur l'emploi des psychostimulants chez l'enfant et l'adolescent, il importe de commencer avec de faibles doses et de n'augmenter que progressivement la quantité de psychostimulant administrée en exerçant une surveillance constante pour parvenir à la dose appropriée. Des médicaments à action prolongée sont maintenant disponibles, mais les mêmes précautions doivent être prises pour fixer les doses. Il arrive que l'on administre des antidépresseurs tricycliques et autres médicaments de ce type, mais on ne saurait encore les considérer comme un traitement de première intention.

Le diagnostic de trouble hyperkinétique n'est souvent posé qu'au moment où l'enfant atteint l'âge scolaire et peut alors tirer profit d'un environnement plus structuré ou d'une instruction individualisée. Dans l'environnement familial, un soutien des parents et la révision des attentes irréalistes ou l'atténuation des conflits peuvent faciliter l'amélioration des symptômes hyperkinétiques. Considérés autrefois comme une affection qui disparaît à l'âge



adulte, les troubles hyperkinétiques, on le sait maintenant, persistent chez certains. En prenant conscience de cette réalité, le patient peut être incité à rechercher des conditions de vie plus appropriées pour limiter les effets débilants de ces troubles lorsqu'ils ne sont pas soignés.

## PRÉVENTION DU SUICIDE

Une prévention et un traitement appropriés de certains troubles mentaux et du comportement, que ces interventions soient axées sur l'individu, la famille, l'école ou d'autres secteurs de la communauté, peuvent manifestement abaisser les taux de suicide (Encadré 3.8). Le dépistage et le traitement précoces de la dépression, de la dépendance alcoolique et de la schizophrénie sont une stratégie utile pour la prévention primaire du suicide. Des programmes d'enseignement destinés à former les praticiens et le personnel des services de santé primaires au diagnostic et au traitement des dépressions peuvent jouer un rôle particulièrement important. Une étude montre qu'un tel programme mis en œuvre dans l'île de Gotland, en Suède (Rutz et al., 1995), a permis de réduire considérablement le taux de suicide, particulièrement chez les femmes, dans l'année qui a suivi son instauration à l'intention des médecins généralistes, mais ce taux est remonté aussitôt après l'interruption du programme.

L'ingestion de substances toxiques telles que pesticides, herbicides ou médicaments, est le moyen le plus utilisé pour se suicider, notamment dans les zones rurales des pays en développement. C'est ainsi que dans les Samoa occidentales, l'ingestion de paraquat, un herbicide, était devenue en 1982 la principale forme de suicide. En réglementant l'acquisition du paraquat dans la population générale, on a pu obtenir une réduction sensible du nombre total de suicides sans augmentation correspondante des suicides par d'autres méthodes (Bowles, 1995). Des succès similaires ont résulté du contrôle sur d'autres substances toxiques ainsi que d'une détoxification du gaz domestique et des gaz d'échappement des véhicules. Dans bien des régions où les soins d'urgence sont peu accessibles, l'ingestion de

### Encadré 3.8 Prévention du suicide : deux approches nationales

**Finlande.** Entre 1950 et 1980, le taux de suicide en Finlande a augmenté de près de 50 % chez les hommes pour atteindre 41,6 pour 100 000, et a doublé chez les femmes, passant à 10,8 pour 100 000. Le Gouvernement finlandais a donc lancé en 1986 une campagne de prévention à la fois exhaustive et novatrice. En 1996, les taux de suicide avaient globalement diminué de 17,5 % par rapport à 1990, l'année de pointe.

D'après l'évaluation interne et l'enquête sur le terrain<sup>1</sup>, le programme doit son succès au fait d'avoir été entrepris en commun dès le départ. Il ressort d'une enquête d'évaluation que près de 100 000 professionnels avaient

participé à la prévention dans quelque 2000 unités, soit 43 % de toutes les « unités à vocation sociale ».

Les raisons de la baisse du taux de suicide n'ont pas été analysées avec précision, mais il semble que la série d'interventions organisées dans le cadre du projet national y soit pour beaucoup. Les facteurs spécifiques sans doute liés à cette décre sont une baisse de la consommation d'alcool (à cause de la récession économique) et une hausse de la consommation d'antidépresseurs.

**Inde.** Plus de 95 000 Indiens ont mis fin à leurs jours en 1997, soit un suicide toutes les 6 minutes. Un suicidé sur trois avait entre 15 et 29 ans. Entre 1987 et 1997, le taux

de suicide est passé de 7,5 à 10,03 pour 100 000 habitants. Des quatre plus grandes villes de l'Inde, Chennai est celle qui enregistre le taux le plus élevé, avec 17,23. L'Inde n'a pas de politique ni de programme de prévention du suicide et ne compte que 3500 psychiatres pour un milliard d'habitants. L'ampleur du problème conjuguée à la rareté des services a conduit à la création de Sneha, organisation de bienfaisance bénévole, affiliée à Befrienders International, qui vise à prévenir le suicide par une thérapie d'écoute basée sur le contact humain et le soutien moral.<sup>2</sup>

Sneha ouvre tôt le matin et ferme tard le soir, tous les jours de l'année. Le personnel se compose exclusivement de bénévoles soigneusement

sélectionnés, formés à l'écoute empathique et sachant prendre des mesures efficaces. Sneha a déjà reçu plus de 100 000 appels de détresse. On estime que 40 % des gens qui appellent sont exposés à un risque moyen ou élevé de suicide.

Sneha a prêté son concours à la création de dix centres analogues dans différentes régions de l'Inde en offrant une formation et un appui. Ces centres sont réunis sous la bannière Befrienders India. Sneha met actuellement en place le premier groupe de soutien à ceux dont un proche s'est suicidé.

<sup>1</sup> Upanne M et al. (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijvi, Stakes.

<sup>2</sup> Vijayakumar L. (2001). Communication personnelle.

substances toxiques qui, dans la plupart des pays développés, demeurerait une tentative de suicide devient une cause de décès.

En Fédération de Russie (ainsi que dans d'autres pays voisins), la consommation d'alcool, qui a brusquement augmenté ces dernières années, est associée à une augmentation des taux de suicide et des cas d'intoxication alcoolique (Vroublevsky & Harwin, 1998), ainsi qu'à un recul de l'espérance de vie chez l'homme (Notzon et al., 1998 ; Leon & Shkolnikov, 1998).

Plusieurs études ont établi un lien entre la détention d'armes à feu dans les foyers et les taux de suicide (Kellerman et al., 1992 ; Lester & Murrell, 1980). Une législation limitant la vente et la détention d'armes à feu peut avoir un effet bénéfique. C'est en tout cas ce qu'indiquent des études effectuées aux Etats-Unis d'Amérique où des restrictions apportées à la vente et à l'achat d'armes de poing ont été associées à une baisse des taux de suicide par arme à feu. Les Etats de ce pays où la réglementation est la plus stricte ont enregistré les plus faibles taux de suicide par arme à feu, sans que cette forme de suicide ne soit remplacée par une autre (Lester, 1995).

Outre les mesures destinées à limiter l'accès aux formes de suicide courantes, des interventions en milieu scolaire pour la gestion des crises, l'amélioration de l'estime de soi et le développement de l'aptitude à faire face ainsi qu'à prendre des décisions favorables à la santé se sont révélées de nature à réduire le risque de suicide chez les jeunes (Mishara & Ystgaard, 2000).

Les médias peuvent aider à prévenir le suicide en limitant le plus possible les reportages explicites sur ce sujet et en démythifiant l'idée même du suicide. Dans un certain nombre de pays, les taux de suicide ont commencé à s'abaisser à partir du moment où les médias ont accepté d'accorder une place minimum aux récits de suicides et de se conformer aux recommandations qui leur avaient été faites. En présentant une image séduisante du suicide, on risque de l'encourager.

## CHAPITRE QUATRE

# *Politique et prestations de services en santé mentale*

*Les gouvernements, autorités de tutelle suprêmes en matière de santé mentale, doivent élaborer des politiques – dans le cadre des systèmes généraux de santé et des dispositifs financiers existants – pour protéger et améliorer la santé mentale de leur population. En termes de financement, chacun doit être protégé contre les risques financiers catastrophiques; les gens en bonne santé doivent subventionner les malades; et les riches doivent subventionner les pauvres. La politique de santé mentale doit être renforcée par des politiques cohérentes de lutte contre l’abus d’alcool et de drogues, ainsi que par des services d’aide sociale, par exemple dans le domaine du logement. Ces politiques seront élaborées avec la contribution de toutes les parties prenantes et elles seront basées sur des informations fiables. Elles doivent garantir le respect des droits de l’homme et prendre en compte les besoins des groupes vulnérables. Les soins doivent passer des grands hôpitaux psychiatriques à des services communautaires intégrés dans les services généraux de santé. Il convient de rendre les psychotropes disponibles à tous les niveaux et de former un effectif suffisant d’agents de santé. Les médias et des campagnes de sensibilisation peuvent réduire efficacement la stigmatisation et la discrimination. Les organisations non gouvernementales et les groupes de consommateurs doivent aussi recevoir un appui, car ils peuvent jouer un rôle essentiel dans l’amélioration de la qualité des services et des attitudes nécessaires pour améliorer les politiques et les services, en tenant compte notamment des différences culturelles.*

## 4

## POLITIQUE ET PRESTATIONS DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

### ELABORATION DE LA POLITIQUE

La protection de la santé mentale de la population, comme son amélioration, est une tâche complexe impliquant de nombreuses décisions. Elle oblige à dégager des priorités parmi les besoins, les maladies, les services, les traitements et les stratégies de prévention et de promotion, puis à faire des choix concernant leur financement. Elle suppose une bonne coordination des services et stratégies entre eux ainsi qu'avec d'autres services tels que la sécurité sociale, l'éducation, l'emploi et le logement. Enfin, elle oblige à contrôler et analyser les résultats afin d'adapter sans cesse les décisions aux problèmes qui se posent.

Les gouvernements, autorité de tutelle suprême en matière de santé mentale, sont responsables de la mise en œuvre de ces activités complexes. L'élaboration et l'application de la politique sont au cœur de cette fonction de tutelle. La politique repère les principaux problèmes et objectifs, définit les rôles respectifs du secteur public et du secteur privé dans le financement et la prestation des services, détermine les stratégies et les modes d'organisation qui, dans le secteur public et éventuellement dans le secteur privé, permettront d'atteindre les objectifs en santé mentale; établit un calendrier pour le renforcement du potentiel et le développement institutionnel; et, pour la hiérarchisation des dépenses, fixe des orientations pour que l'affectation des ressources s'appuie sur une analyse des problèmes.

La fonction de tutelle est encore quasi inexistante dans de nombreux pays. Dans le cadre du projet ATLAS (voir l'Encadré 4.1), l'OMS a recueilli des données de base sur les ressources consacrées à la santé mentale dans 181 pays. D'après ces données, utilisées pour illustrer les principaux points du présent chapitre, un tiers des pays n'ont pas de budget propre à la santé mentale, même s'ils y consacrent certainement quelques ressources. La moitié des pays restants lui attribuent moins de 1 % de leur budget de la santé publique, alors que les maladies neuropsychiatriques représentent 12 % de la charge de morbidité mondiale. L'absence de budget consacré à la santé mentale, ou son insuffisance, est un obstacle majeur au traitement et aux soins.

Outre ce problème budgétaire, on observe que quatre pays sur dix environ n'ont pas de politique de santé mentale clairement définie et à peu près un tiers aucune politique en matière de drogue et d'alcool. L'absence de politique concernant expressément les enfants et les adolescents est encore plus frappante (Graham & Orley, 1998). On peut objecter qu'en matière de santé mentale, une politique n'est ni nécessaire ni suffisante pour obtenir de bons résultats et que les pays qui n'en ont pas pourraient se contenter de définir un programme ou un plan. Or un tiers des pays ne disposent d'aucun programme et un quart n'ont ni politique ni programme. Cette situation témoigne de l'absence d'un engagement formel à s'attaquer aux problèmes de santé mentale et de règles en matière de planification, de coordination et d'évaluation des stratégies, des services et des moyens d'action au niveau national (voir la Figure 4.1).

#### Encadré 4.1 Le projet Atlas

Le projet Atlas de l'OMS est l'une des toutes dernières enquêtes sur les systèmes de santé mentale dans les pays.<sup>1</sup> Il porte sur 181 Etats Membres de l'OMS, soit 98,7 % de la population mondiale. Les informations ont été recueillies auprès des ministères de la santé

entre octobre 2000 et mars 2001 à l'aide d'un bref questionnaire, et partiellement validées à la lumière de rapports d'experts et de la documentation publiée. Cet état des lieux permet de se faire une idée des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde, mais présente

plusieurs lacunes. La première est la méthode de déclaration par les pays eux-mêmes : les réponses n'ont pas toutes pu être validées par une autorité indépendante. La deuxième est que tous les Etats Membres n'ont pas répondu, ce qui, joint à l'absence de données sur certains points d'en-

quête, a probablement biaisé les résultats. Enfin, les résultats ne permettent pas une analyse exhaustive de toutes les variables intéressantes des pays et laissent donc certains aspects dans l'ombre.

<sup>1</sup> *Ressources pour la santé mentale dans le monde. Premiers résultats du projet Atlas* (2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé (aide-mémoire N° 260, avril 2001).

## SYSTÈME DE SANTÉ ET MÉCANISMES DE FINANCEMENT

La politique et la prestation de services en santé mentale s'inscrivent dans l'ensemble des systèmes généraux de santé et des mécanismes de financement. L'influence de ces mécanismes sur la prestation des services doit être prise en compte dans l'élaboration et l'application de la politique.

Durant ces trente dernières années, les pays développés ont beaucoup décentralisé leurs systèmes de santé : ce sont désormais des structures locales, et non plus les structures centrales, qui sont chargées d'appliquer la politique et d'assurer les services. Les systèmes de nombreux pays en développement ont suivi la même évolution. La décentralisation comporte généralement deux volets : les réformes visant à endiguer les coûts et à accroître l'efficacité (dont il est question ici) et la passation de contrats avec des prestataires de services privés et publics (point abordé dans la section consacrée à la prestation des services de santé mentale).

Les caractéristiques d'un bon financement des services de santé mentale ne sont pas différentes de celles d'un bon financement des services de santé en général (OMS, 2000c, chapitre 5). Il y a trois grands impératifs. Tout d'abord, les gens doivent être protégés des risques financiers catastrophiques, ce qui revient à réduire au minimum les paiements directs en les réservant notamment aux dépenses mineures pour des biens ou des services abordables. Toutes les formes de prépaiement, que ce soit par le biais de l'impôt, de l'assurance sociale obligatoire ou de l'assurance privée volontaire, sont préférables de ce point de vue, car elles répartissent les risques et permettent de dissocier, du moins partiellement, l'utilisation des services de leur rémunération. Les problèmes mentaux étant souvent chroniques, on doit prendre en compte non seulement le coût d'un traitement ou d'un service donné, mais aussi son renouvellement éventuel sur de longues périodes. Ce qu'un individu ou un ménage peut payer une seule fois, lors d'une crise, risque d'être excessif à la longue, comme dans le cas de certaines maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète.

Ensuite, les bien-portants doivent subventionner les malades. Un mécanisme de prépaiement y pourvoira en général – contrairement au paiement direct –, mais ce subventionnement ne profitera vraiment à la santé mentale que si le mécanisme couvre les besoins particuliers des malades mentaux. Le risque en effet est qu'un système de financement convienne pour de nombreux services, sans pour autant garantir le transfert de ressources des bien-portants aux malades pour le traitement des troubles mentaux ou du comportement, simplement parce que ceux-ci ne sont pas couverts. L'impact d'un système de financement donné sur la santé mentale dépend donc du choix des interventions à financer.

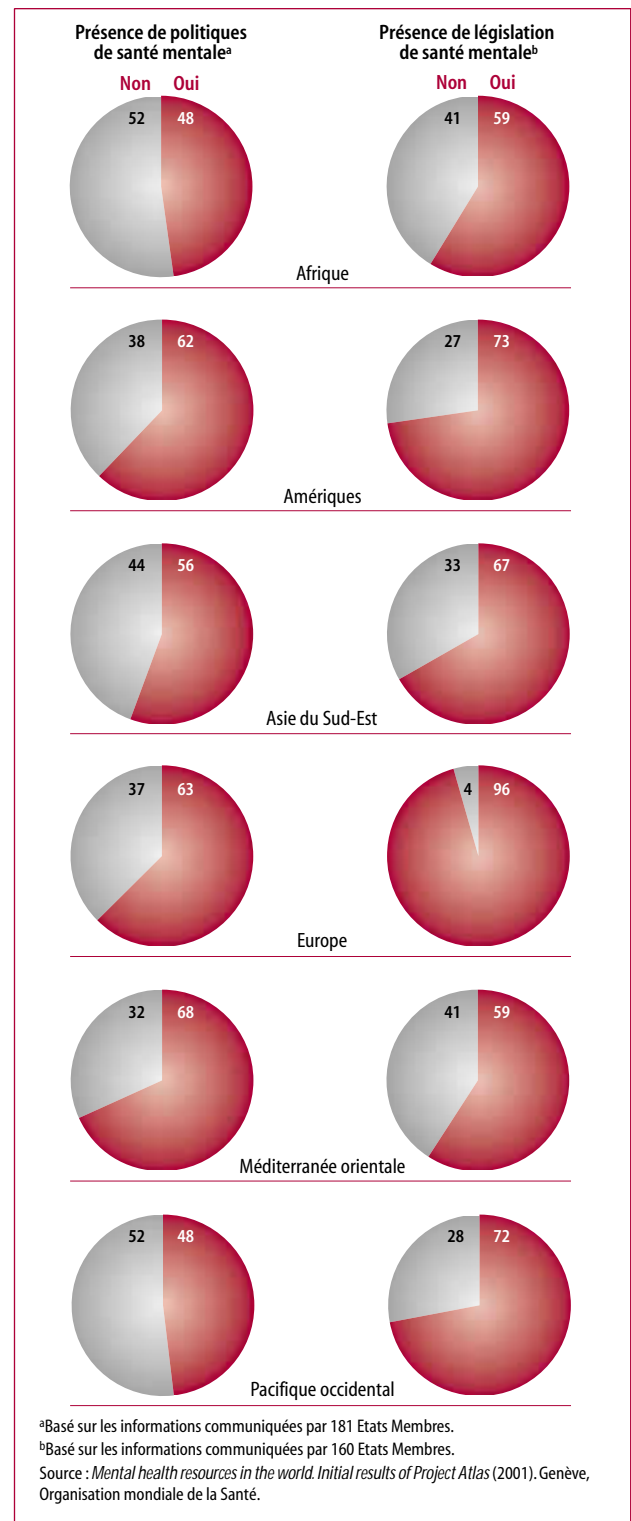
Enfin, un bon système de financement doit faire subventionner les pauvres par les riches, du moins dans une certaine mesure. C'est la condition la plus difficile à réaliser, parce

qu'elle dépend, d'une part, de la couverture et de la progressivité du système d'imposition et, d'autre part, des catégories de personnes couvertes par l'assurance sociale et par l'assurance privée. Les riches ne paient pour les pauvres que si l'assurance couvre les deux groupes au lieu d'être réservée aux premiers et si les contributions sont, au moins en partie, basées sur le revenu et non pas uniformes ou calculées uniquement en fonction des risques. Comme toujours, le montant et l'objet de la subvention dépendent aussi des services couverts.

Généralement, plus un pays est riche, plus la part du prépaiement dans les dépenses totales de santé est importante, ce qui a des conséquences sur le financement de la santé mentale. Quand l'Etat couvre 70 à 80 % de toutes les dépenses de santé, comme c'est le cas dans de nombreux pays de l'OCDE, le rang de priorité attribué à la santé mentale peut se refléter directement dans le budget et n'a vraisemblablement que peu d'incidence sur les dépenses privées. En revanche, quand il n'assure que 20 à 30 % du financement total, comme en Chine, à Chypre, en Inde, au Liban, au Myanmar, au Népal, au Nigéria, au Pakistan et au Soudan (OMS, 2000c, annexe, Tableau 8), et qu'en outre la couverture par l'assurance est limitée, la santé mentale risque d'être défavorisée par rapport à d'autres domaines de la santé parce que la majorité des dépenses se font alors par paiement direct. Les personnes souffrant de troubles mentaux, surtout dans les pays en développement, sont généralement plus pauvres que le reste de la population et souvent moins capables ou désireuses de se faire soigner, soit par peur de la stigmatisation, soit en raison d'une mauvaise expérience passée avec les services ; l'obligation de payer de leur poche ou de mettre leur famille à contribution constitue donc un obstacle encore plus grand que pour bien des problèmes aigus de santé physique. L'une des recommandations du *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* (augmenter la part du prépaiement, surtout pour les interventions chères ou répétées (est particulièrement pertinente pour la santé mentale, à condition de consacrer une proportion suffisante de ce prépaiement accru aux troubles mentaux et du comportement. Le mouvement inverse – moins de prépaiement et plus de paiement direct, qui accompagne la transition économique dans plusieurs pays de l'ex-Union soviétique –, risque de diminuer les ressources disponibles pour la santé mentale.

Dans les pays où la part du prépaiement est faible et où l'on peut difficilement augmenter les recettes fiscales ou étendre l'assurance sociale parce que la majorité de la population est rurale et n'a pas de véritable emploi, les systèmes de financement communautaires peuvent sembler un bon moyen de réduire la charge du paiement di-

Figure 4.1 Présence de politiques et de législation de santé mentale, pourcentage d'Etats Membres par Région OMS, 2000





rect. D'après le peu d'informations dont on dispose pour l'instant, ils réussissent plus ou moins bien, mais il faut noter qu'en l'absence d'importantes subventions de l'Etat, d'organisations non gouvernementales ou de donateurs extérieurs, il est peu probable qu'ils soient à même de résoudre les problèmes chroniques d'une partie facilement identifiable des bénéficiaires. Celui qui est prêt à aider ses voisins en cas de maladie aiguë sera beaucoup moins disposé à leur apporter un soutien permanent. On ne peut donc pas considérer ces systèmes comme une source de financement appréciable pour la santé mentale : les services à assise communautaire ne doivent pas impliquer de financement communautaire, ni en être tributaires.

Ces mêmes pays pauvres dépendent parfois beaucoup pour leurs dépenses de santé de donateurs extérieurs. Ceux-ci peuvent constituer une source valable de financement pour la santé mentale, comme pour d'autres problèmes, mais leurs priorités ne coïncident pas toujours avec celles du gouvernement. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, ils font rarement passer la santé mentale avant les maladies transmissibles. Le gouvernement devra alors soit tenter de les persuader d'aligner davantage leur aide sur les priorités nationales, soit puiser dans ses maigres ressources pour financer les domaines qu'ils négligent, et notamment consacrer un plus grand pourcentage des richesses nationales aux problèmes de santé mentale.

### FORMULATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

La politique générale de santé doit accorder une place importante aux politiques concernant la santé mentale, l'alcool et la drogue, en raison notamment de la stigmatisation et des violations des droits de l'homme dont sont victimes bon nombre de personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement, et parce que celles-ci ont besoin d'une aide pour trouver un logement ou obtenir des allocations.

Ces politiques doivent s'inscrire dans l'ensemble complexe des grandes orientations gouvernementales en matière de santé, de protection sociale et d'aide sociale en général; elles doivent aussi tenir compte des réalités sociales, politiques et économiques aux niveaux local, régional et national. Au stade de l'élaboration, on se posera un certain nombre de questions (voir l'Encadré 4.2).

Les politiques en matière d'alcool et de drogue sont particulières en ce sens qu'elles doivent non seulement pourvoir à l'éducation, à la prévention, au traitement et à la réadaptation, mais aussi comporter des mesures d'application de la loi sur la circulation des substances psychoactives, ainsi que tout un dispositif dirigé contre la menace que font peser sur la sécurité publique les effets néfastes de l'abus de substances (OMS, 1998).

#### Encadré 4.2 Formulation de la politique : les questions clés

Une bonne politique de santé mentale exige une réponse affirmative aux questions suivantes :

- La politique favorise-t-elle le développement des soins à assise communautaire ?
- Les services sont-ils complets et intégrés aux soins de santé primaires ?
- La politique encourage-t-elle les partenariats entre les individus, les familles et les professionnels de la santé ?
- Donne-t-elle des moyens d'action à ces différents groupes ?
- Crée-t-elle un système garantissant aux personnes atteintes de troubles mentaux le respect, la protection et le plein exercice de leurs droits ?
- Fait-elle le plus possible appel à des pratiques reposant sur des bases factuelles ?
- Le nombre de prestataires de services correctement formés est-il suffisant pour permettre sa mise en œuvre ?
- Prend-elle en compte les besoins propres aux femmes, aux enfants et aux adolescents ?
- Assure-t-elle la parité entre les services de santé mentale et les autres services de santé ?
- Rend-elle obligatoires la surveillance et l'évaluation continues des services ?
- Crée-t-elle un système capable de répondre aux besoins des populations mal desservies et vulnérables ?
- Accorde-t-elle suffisamment d'importance aux stratégies de prévention et de promotion ?
- Favorise-t-elle les liens intersectoriels entre la santé mentale et d'autres secteurs ?

### Encadré 4.3 Réforme de la santé mentale en Ouganda

En Ouganda, les services de santé mentale ont été décentralisés dans les années 60 et des unités de santé mentale ont été créées dans les hôpitaux de recours régionaux. Ces unités, qui ressemblaient à des prisons, employaient un personnel spécialisé en psychiatrie. Les services pâtissaient du manque de motivation du personnel, d'une pénurie chronique de médicaments et de l'absence de crédits pour entreprendre des activités communautaires. La plupart des gens ignoraient presque tout des trou-

bles mentaux ou ne savaient pas qu'il existait des traitements et des services efficaces. Jusqu'à 80 % des malades consultaient des guérisseurs traditionnels avant de s'adresser au système de santé.<sup>1</sup>

En 1996, avec les encouragements de l'OMS, le Ministère de la Santé a entrepris de renforcer les services de santé mentale et de les intégrer aux soins de santé primaires en élaborant des normes et des directives pour la prise en charge de l'épilepsie et pour la santé mentale des enfants et des adultes, depuis le niveau communautaire jusqu'aux institu-

tions tertiaires; en formant les agents de santé afin qu'ils sachent reconnaître et prendre en charge ou orienter les cas courants de troubles mentaux et neurologiques; en instaurant un nouveau système d'orientation-recours ainsi qu'un réseau de supervision; en créant des liens avec d'autres programmes, notamment ceux ayant trait au SIDA, à la santé de l'adolescent, à la santé génésique et à l'éducation pour la santé; en s'efforçant d'informer le grand public sur la santé mentale; en révisant la loi sur la santé mentale et en l'intégrant à un projet de loi

sur les services de santé; en incluant des médicaments destinés à soigner les troubles mentaux et neurologiques dans la liste de médicaments essentiels.

La santé mentale fait désormais partie de l'enveloppe minimum de soins et est inscrite dans le budget du Ministère de la Santé. Il est prévu de construire des unités de santé mentale dans 6 des 10 hôpitaux de recours régionaux et la capacité de l'hôpital psychiatrique national, qui compte 900 lits, devrait être réduite de moitié.

<sup>1</sup> Baingana F (1990). Communication personnelle.

La désignation par les pouvoirs publics des personnes chargées de formuler la politique de santé mentale est une étape importante de son élaboration. Ceux qui se voient confier cette tâche doivent non seulement tenir compte du point de vue des diverses parties prenantes : patients (parfois appelés consommateurs), familles, professionnels, décideurs et autres, mais aussi convaincre ceux qui ne se considèrent pas comme tels, par exemple les employeurs et le système judiciaire, de l'importance de leur participation. La politique doit établir des priorités et définir des approches en se fondant sur les besoins recensés et les ressources disponibles.

Quelques pays intègrent la santé mentale aux soins primaires sans toutefois réformer fondamentalement les hôpitaux psychiatriques ni envisager des options communautaires. Dans de nombreux pays, les grandes réformes du secteur de la santé sont une occasion de renforcer la santé mentale et d'amorcer le processus d'intégration au niveau des grandes orientations, des services et de la communauté. En Ouganda (Encadré 4.3), par exemple, la santé mentale était encore récemment un domaine négligé.

### MISE EN PLACE D'UNE BASE D'INFORMATION

La politique doit être basée sur des informations à jour et fiables concernant la communauté, les indicateurs de santé mentale, les traitements efficaces, les stratégies de prévention et de promotion et les ressources de santé mentale. Il convient de prévoir des révisions périodiques en vue de modifier ou de réactualiser les programmes.

Plusieurs mesures importantes devront être prises : d'abord recueillir et analyser les données épidémiologiques qui permettront de repérer les principaux déterminants psychosociaux des maladies mentales et de se faire une idée de l'ampleur et de la nature des problèmes dans la communauté, puis dresser l'inventaire complet des ressources et structures dans les communautés et les régions, et en faire une analyse critique pour déterminer dans quelle mesure elles répondent aux besoins recensés. Il est bon, à cet effet, d'utiliser une « matrice d'économie mixte » pour distinguer les différentes catégories de prestataires, leur mode de financement et leurs liens avec les ressources. Les services de santé mentale et les services connexes, comme l'aide sociale et le logement, peuvent être assurés par des organisations ou groupes publics (Etat), privés (à but lucratif), bénévoles (à but non lucratif) ou informels (famille ou communauté). En réalité, la plupart des gens ne

reçoivent que peu de services organisés et doivent se contenter le plus souvent du soutien « informel » apporté par leur famille, leurs amis et la communauté. Il existe en général cinq grands modes de financement des services : le paiement direct, l'assurance privée, l'assurance sociale, les impôts et les dons d'organismes caritatifs (organisations non gouvernementales). Une fois la matrice créée, on peut entreprendre une analyse plus systématique de la nature et de la qualité des services, des principaux prestataires et des questions d'accès et d'équité.

Tant l'élaboration que l'évaluation de la politique présupposent l'existence d'un système d'information fonctionnel et bien coordonné permettant de mesurer un minimum d'indicateurs de santé mentale. Actuellement, un tiers des pays environ ne possèdent aucun système de notification annuelle des données de santé mentale. Dans ceux qui en ont un, les informations sont en général insuffisamment détaillées pour que l'on puisse évaluer l'efficacité de la politique, des services et des traitements. La moitié environ des pays ne disposent pas des moyens nécessaires pour réunir des données épidémiologiques ou des informations sur les services au niveau national.

Les gouvernements doivent investir dans la mise au point de systèmes de surveillance comprenant des indicateurs des principaux déterminants démographiques et socio-économiques de la santé mentale, de l'état de santé mentale de la population générale et des patients sous traitement, y compris de certaines catégories diagnostiques par âge et par sexe, et des caractéristiques du système de santé (nombre de lits en hôpitaux psychiatriques et en hôpitaux généraux, nombre d'hospitalisations et de réhospitalisations, durée des séjours, délai entre la survenue de la maladie et le premier contact, modes d'utilisation des traitements, taux de guérison, nombre de consultations externes, fréquence des visites au niveau des soins primaires, fréquence d'utilisation et dosage des médicaments, effectif du personnel et moyens de formation).

Diverses méthodes de mesure peuvent être utilisées à cet effet : enquêtes démographiques; collecte systématique de données sur les patients aux niveaux tertiaire, secondaire et primaire; et utilisation de données sur la mortalité. Le système mis en place dans les pays doit permettre de collationner et analyser systématiquement au niveau national les données recueillies aux niveaux local et régional.

## ACCENT SUR LES GROUPES VULNÉRABLES ET SUR CERTAINS PROBLÈMES

La politique doit prêter une attention particulière aux groupes vulnérables ayant des besoins particuliers en santé mentale. Dans la plupart des pays, il s'agit des enfants, des personnes âgées et des femmes maltraitées. Certaines personnes peuvent aussi être rendues plus vulnérables par leur environnement sociopolitique, par exemple les réfugiés et les personnes déplacées dans les régions en proie à une guerre civile ou à des conflits internes.

Pour les *enfants*, la politique doit tendre à la prévention de l'incapacité mentale par une bonne alimentation, des soins prénatals et périnatals adéquats, la non-consommation d'alcool et de drogue durant la grossesse, la vaccination, l'iodation du sel, les mesures de sécurité, le traitement des troubles courants de l'enfance tels que l'épilepsie, le dépistage précoce par les soins primaires et, enfin, la détermination précoce des affections et la promotion de la santé à l'école. Une expérience menée à Alexandrie, en Egypte, a montré que ces dernières étaient possibles : des conseillers/ères pour enfants ont appris à dépister et à traiter en milieu scolaire les troubles mentaux et du comportement (El-Din et al., 1996). La Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant reconnaît aux enfants et aux adolescents le droit de bénéficier de services appropriés (Nations Unies, 1989). Les services destinés aux jeunes, qui doivent être assurés en coordination avec l'école et les soins de santé primaires, peuvent s'occuper de la santé mentale et physique dans le cadre d'un système

intégré et complet, et notamment de problèmes tels que les grossesses précoces non désirées, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances, les comportements violents, le suicide et la prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles.

En ce qui concerne les *personnes âgées*, les politiques doivent avoir pour objectif d'aider les familles à dispenser des soins de qualité, d'intégrer l'évaluation et la prise en charge de la santé mentale dans les services sanitaires généraux et de créer des services de relève pour les membres de la famille, qui sont souvent les principaux prestataires de soins.

Pour les *femmes*, les politiques doivent combattre la discrimination dans l'accès aux services de santé mentale, au traitement et aux services communautaires, et viser à créer dans la communauté et au niveau des soins primaires et secondaires des services d'aide à celles qui ont subi des violences sexuelles, domestiques ou autres, ainsi qu'aux femmes alcooliques et toxicomanes.

Pour les *réfugiés et les groupes de personnes déplacées* à l'intérieur de leur propre pays, les politiques de santé mentale doivent être axées sur le logement, l'emploi, l'hébergement, l'habillement et la nourriture, ainsi que sur les conséquences psychologiques de la guerre, du déplacement et de la perte d'êtres chers. L'action doit reposer sur l'intervention communautaire.

Étant donné les caractéristiques du *comportement suicidaire*, les politiques doivent porter sur les facteurs environnementaux, notamment l'accès aux moyens les plus employés pour se suicider en un lieu donné, et prévoir des soins pour les sujets à risque, notamment ceux qui souffrent de troubles mentaux ou qui ont survécu à une tentative de suicide.

Les *problèmes liés à l'alcool* ne concernent pas que les alcoolodépendants. Les actions de santé publique ne viseront pas seulement ces derniers, mais l'ensemble des consommateurs d'alcool. Elles prendront en compte la faisabilité politique, la capacité du pays à agir, l'acceptation du public et les chances de réussite. Les politiques de lutte antialcoolique les plus efficaces consistent à augmenter le coût réel de l'alcool et les taxes sur les boissons alcoolisées; à restreindre l'accès à celles-ci, notamment en fixant un âge légal de consommation; à limiter le nombre, les types et les heures d'ouverture des points de vente et des débits de boisson; à édicter des lois réprimant la conduite en état d'ivresse; et à sensibiliser les serveurs par des politiques et une formation qui les incitent à refuser de servir de l'alcool aux personnes en état d'ébriété. Il est important aussi de réglementer la publicité en faveur de l'alcool, surtout celle visant les jeunes; d'informer le public sur les conséquences néfastes de la consommation d'alcool (entre autres par les médias et des campagnes de marketing social); d'apposer des étiquettes de mise en garde; de contrôler strictement l'innocuité des produits; et de prendre des mesures contre la production et la vente illicites de boissons alcoolisées. Enfin, le traitement des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool devrait faire partie des obligations de la société en matière de soins de santé et d'aide sociale (Jernigan et al., 2000).

Les politiques contre *l'usage de drogues illicites* doivent avoir pour objectifs de lutter contre le trafic, de réduire la demande, notamment par la prévention, d'atténuer les conséquences négatives de la toxicomanie et d'offrir un traitement. Elles doivent viser l'ensemble de la population et les divers groupes à risque. Pour concevoir des programmes et services efficaces, il faut connaître l'importance de l'usage des drogues et celle des problèmes qui y sont associés, ainsi que leur évolution dans le temps en fonction des formes de toxicomanies. Les informations diffusées aux groupes cibles doivent être exactes et adaptées, éviter le sensationnalisme, promouvoir les aptitudes psychosociales en conférant les compétences de base et permettre aux individus de faire des choix plus sains. L'utilisation de substances étant étroitement liée à certains problèmes sociaux et à l'exclusion, la prévention sera plus efficace si elle est intégrée à des stratégies destinées à améliorer la vie des individus et des communautés, notamment par l'accès à l'éducation et aux soins de santé.

## RESPECT DES DROITS DE L'HOMME

Les politiques et programmes de santé mentale doivent protéger les droits suivants : égalité et non-discrimination, respect de la vie privée, autonomie individuelle, intégrité physique, information et participation, et liberté de religion, de réunion et de mouvement.

Les instruments internationaux sur les droits de l'homme soulignent aussi la nécessité de prendre en compte, lors de la planification et de l'élaboration des politiques et programmes de santé mentale, les groupes vulnérables de la société tels que les populations indigènes et tribales, les minorités nationales, ethniques, religieuses et linguistiques, les travailleurs migrants, les réfugiés et apatrides, les enfants et adolescents et les personnes âgées.

Outre le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et le *Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, juridiquement contraignants et applicables aux droits fondamentaux de ceux qui souffrent de troubles mentaux et du comportement, la décision internationale la plus importante et la plus sérieuse pour protéger ces droits est la résolution 46/119 sur la *Protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale*, adoptée en 1991 par l'Assemblée générale des Nations Unies (Nations Unies, 1991). Bien que non contraignante, cette résolution énonce une série de droits fondamentaux que la communauté internationale considère comme inviolables, tant au sein de la communauté que lorsque les malades mentaux sont traités par le système de santé. Elle comprend 25 principes classés en deux grandes catégories : d'une part, les droits et procédures civils et, d'autre part, l'accès aux soins et la qualité des soins. Parmi ces principes figurent l'affirmation des libertés et droits fondamentaux des malades mentaux, les principes de décision en matière de maladie mentale, la protection de la confidentialité, les normes de soins et de traitement y compris le placement d'office et le consentement au traitement, les droits des malades mentaux dans les établissements de santé mentale, la dotation de ces établissements en ressources, l'instauration d'organes de révision, la protection des droits des délinquants malades mentaux et les garanties de procédure destinées à protéger les droits des malades mentaux.

La *Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant* (1989) peut servir de guide pour l'élaboration de politiques spécialement axées sur les enfants et les adolescents. Elle couvre la protection contre toutes les formes d'exploitation physique et mentale, la non-discrimination, le droit à la vie, à la survie et au développement, l'intérêt supérieur de l'enfant et le respect de son opinion.

Il existe aussi un certain nombre d'instruments régionaux qui protègent les droits du malade mental, notamment la *Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales*, avalisée par la Cour européenne des droits de l'homme ; la *recommandation 1235* (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe ; la *Convention américaine sur les droits de l'homme* (1978) et la *Déclaration de Caracas*, adoptée en 1990 par la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine (voir l'Encadré 3.3).

Les organes chargés de vérifier l'application des traités relatifs aux droits de l'homme sont des mécanismes, trop rarement utilisés, qui permettent d'accroître la prise de conscience par les gouvernements de leurs responsabilités en matière de santé mentale et d'élaborer un droit international relatif à la santé mentale. Les organisations non gouvernementales, ainsi que les professions médicales et de santé publique, devraient être incitées à utiliser ces mécanismes afin de pousser les gouvernements à dégager les ressources nécessaires pour assumer leurs obligations en ce qui concerne le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux, la lutte contre la discrimination dont elles souffrent au sein de la société et la garantie de leurs autres droits fondamentaux.

## LÉGISLATION DE LA SANTÉ MENTALE

La législation de la santé mentale doit codifier et renforcer les principes, les valeurs, les buts et les objectifs essentiels de la politique de santé mentale; elle est indispensable pour garantir la dignité du patient et protéger ses droits fondamentaux.

Sur les 160 pays ayant communiqué des renseignements sur le sujet (OMS, 2001), près d'un quart n'ont pas de législation de la santé mentale (Figure 4.1); la moitié environ de la législation existante a été promulguée au cours de la dernière décennie et 17 % environ remonte à une quarantaine d'années, c'est-à-dire à une époque où la plupart des méthodes de traitement actuelles n'existaient pas encore.

Les gouvernements doivent élaborer pour la santé mentale une législation nationale moderne, compatible avec les dispositions internationales sur les droits de l'homme et conforme aux grands principes mentionnés plus haut, notamment ceux qui figurent dans la résolution 46/119 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

## PRESTATION DES SERVICES

De nombreux obstacles entravent la diffusion des interventions qui permettent de lutter efficacement contre les troubles mentaux et du comportement (Figure 4.2). Les obstacles propres au système de santé varient selon les pays, mais on constate presque partout une absence pure et simple de services de santé mentale, une mauvaise qualité des traitements et des services, ainsi que des problèmes d'accès et d'équité.

Quelques pays ont réformé leur système de santé mentale ou sont en train de le faire, mais l'ampleur de ces réformes et leur type varient considérablement. On n'a pu adopter nulle part l'arsenal complet de mesures nécessaires pour vaincre tous les obstacles. L'Italie

**Figure 4.2 Obstacles à la mise en œuvre d'interventions efficaces pour les troubles mentaux**

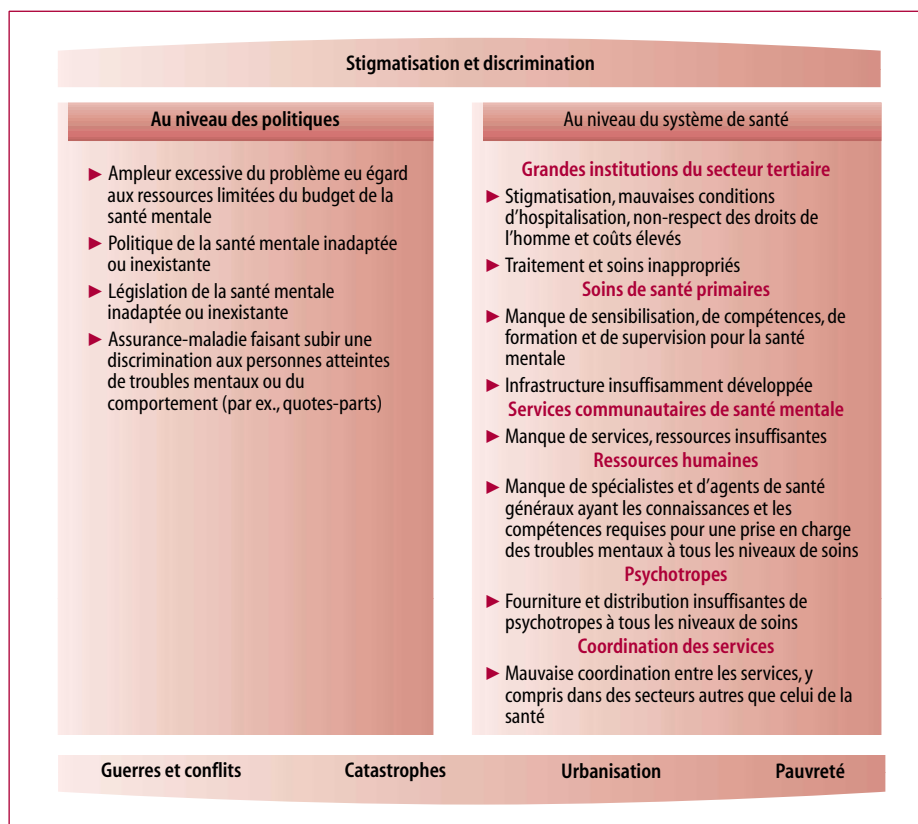
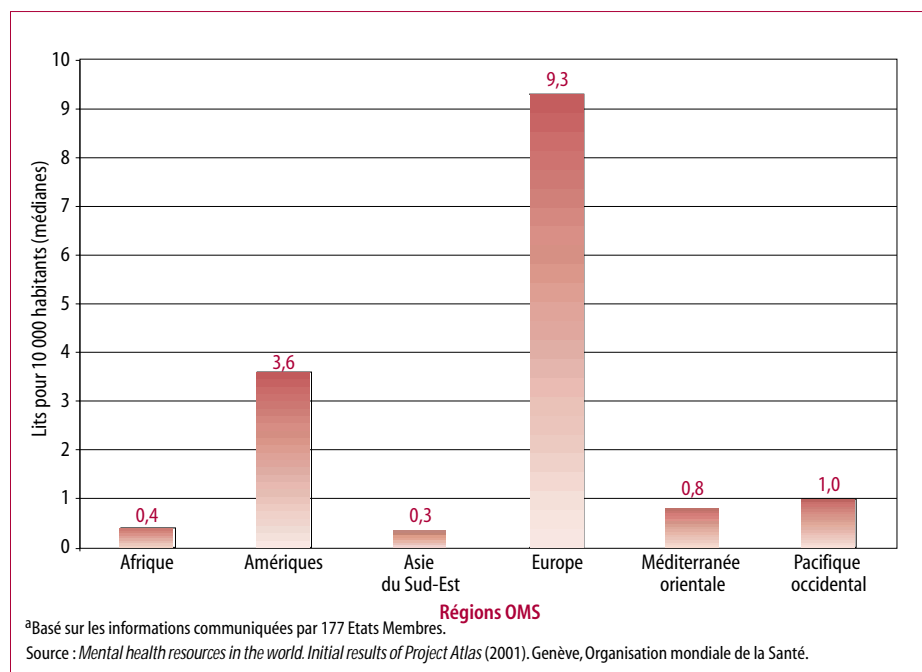




Figure 4.3 Lits psychiatriques pour 10 000 habitants par Région OMS, 2000<sup>a</sup>

#### Encadré 4.4 Réforme de la santé mentale en Italie

Il y a vingt ans, le Parlement italien a voté la « Loi 180 » en vue de réformer complètement les soins psychiatriques dans tout le pays. Il s'agissait d'une loi-cadre (*legge quadro*) qui confiait aux régions la tâche d'établir et d'appliquer des normes, des méthodes et un calendrier pour la mise en œuvre concrète des principes généraux de la loi. Pour la prise en charge des maladies mentales, trois types de structure ont remplacé les hôpitaux psychiatriques : lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux, établissements autres que les hôpitaux employant un personnel à plein temps ou à temps partiel et services ambulatoires regroupant hôpitaux de jour, centres d'accueil et dispensaires.<sup>1</sup>

Dans les dix ans qui ont suivi l'adoption de la loi, le nombre de malades internés a diminué de 53 %. On ignore cependant com-

bien de patients au juste sont sortis de l'hôpital psychiatrique au cours des vingt années écoulées. Sur le total des admissions en psychiatrie, le pourcentage d'hospitalisations obligatoires a fortement diminué, passant de 50 % environ en 1975 à quelque 20 % en 1984 et à 11,8 % en 1994. Le phénomène de « porte à tambour » – réadmission des patients – n'est manifeste que dans les zones dépourvues de services communautaires bien organisés et efficaces.

De récentes enquêtes montrent que, malgré les nouveaux services, les malades mentaux n'ont guère de chances de bénéficier d'une pharmacothérapie optimale, et que les thérapies psychosociales fondées sur des observations scientifiques sont inégalement réparties dans les services de santé mentale. Ainsi, 8 % des familles seulement bénéficient d'une forme quelcon-

que d'intervention psycho-éducative, alors que ce type de traitement est généralement considéré comme crucial pour les schizophrènes. Les rares données dont on dispose semblent indiquer que les familles dispensent désormais une partie des soins, alors que l'hôpital psychiatrique s'en chargeait autrefois. Les avantages du nouveau système pour les patients tiennent, en partie du moins, au soutien quotidien des familles plutôt qu'aux services offerts.

Cette expérience nous enseigne plusieurs choses. Premièrement, il ne suffit pas de fermer les hôpitaux psychiatriques pour passer d'un système basé sur l'hôpital à un système fondé sur la communauté : il faut prévoir des structures de remplacement adaptées, comme ce fut le cas en Italie. Deuxièmement, l'engagement des instances politiques et administratives est indispensa-

ble si l'on veut que les soins communautaires soient efficaces. Il faut investir dans les locaux, le personnel, la formation et prévoir des installations complémentaires. Troisièmement, le suivi et l'évaluation sont des aspects importants de la réforme : planification et évaluation doivent aller de pair et cette dernière doit autant que possible s'appuyer sur des données épidémiologiques. Enfin, une loi de réforme ne doit pas seulement fixer des orientations (comme la loi italienne), elle doit être normative : il faut définir des critères minimums de soins, instaurer des systèmes fiables de suivi, prévoir un calendrier obligatoire pour la mise en place des structures prévues et créer des mécanismes centraux de vérification, de contrôle et de comparaison de la qualité des services.

<sup>1</sup> de Girolomo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 197-214.

a réformé efficacement ses services psychiatriques, mais ses services de soins primaires sont restés inchangés (Encadré 4.4). L'Australie (Encadré 4.5) a augmenté ses dépenses de santé mentale et mis davantage l'accent sur les soins communautaires; elle s'est efforcée d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires et d'associer plus étroitement les consommateurs à la prise de décision. Les soins communautaires, notamment les services de logement, demeurent cependant très médiocres en certains endroits.

S'il n'est pas recommandé de dispenser les soins de santé mentale dans de vastes hôpitaux psychiatriques, il demeure indispensable de prévoir un certain nombre de lits dans les hôpitaux généraux pour les cas aigus. Le nombre de lits réservés aux malades mentaux varie énormément (Figure 4.3), la médiane pour la population mondiale étant de 1,5 pour 10 000 habitants. Les chiffres vont de 0,33 dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est à 9,3 dans la Région européenne. Pour près des deux tiers de la population mondiale, le rapport est de moins d'un lit pour 10 000 habitants, et plus de la moitié de ces lits sont encore situés dans des hôpitaux psychiatriques qui dispensent plus souvent des services de type carcéral que de véritables soins de santé mentale.

Quoi qu'il en soit, la prise en charge dans de grands établissements psychiatriques tertiaires, équipés à la fois pour les cas aigus et les séjours de longue durée, reste dans de nombreux pays le principal moyen de traiter et de soigner les personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement, ou de troubles liés à l'usage de substances; or, de tels établissements donnent de piètres résultats et favorisent les violations des droits de l'homme. En consacrant l'essentiel de leur budget public de la santé mentale au maintien des soins en institution, de nombreux pays n'ont plus assez de ressources pour mettre en place des services plus efficaces dans les hôpitaux généraux et dans la communauté. Les données indiquent que 38 % des pays sont dépourvus de services à assise communautaire et que, même dans ceux qui privilégient ce type de soins, la couverture est loin d'être totale. A l'intérieur d'un même pays, on observe de grandes différences entre les régions ainsi qu'entre zones rurales et zones urbaines (voir l'Encadré 4.6).

Dans la plupart des pays, il est nécessaire d'évaluer, de réévaluer et de réformer les services de santé mentale pour pouvoir y proposer le meilleur traitement et les meilleurs soins possibles. Il y a trois moyens de les réorganiser, même avec peu de ressources, pour permettre à ceux qui en ont besoin de les utiliser pleinement. Le premier consiste à réduire progressivement la part des soins en établissement psychiatrique, le deuxième à développer les services communautaires de santé mentale et le troisième à intégrer les soins de

#### Encadré 4.5 Réforme de la santé mentale en Australie

En Australie, où la dépression est la quatrième cause de morbidité et la première cause d'incapacités,<sup>1</sup> le Gouvernement fédéral et les ministres de la santé de tous les états ont pour la première fois adopté une stratégie nationale de santé mentale en 1992. Ils ont établi un cadre de collaboration pour mener à bien les activités prioritaires dans un délai de cinq ans (1993-1998).

Ce programme quinquennal a montré les changements que peut apporter la réforme de la santé

mentale. Les dépenses nationales consacrées à la santé mentale ont progressé de 30 % en termes réels, tandis que celles consacrées aux services communautaires se sont accrues de 87 %. En 1998, la part des dépenses de santé mentale allouées à la prise en charge des malades dans la communauté était passée de 29 % à 46 %; les économies réalisées en réduisant la taille des institutions ont permis de financer à hauteur de 48 % le développement des services communautaires et des services assurés par

les hôpitaux généraux. Parallèlement aux dépenses, le personnel médical dispensant des soins communautaires a augmenté de 68 %.

Les institutions psychiatriques autonomes, qui absorbaient 49 % du total des ressources de santé mentale, ne représentent plus que 29 %, et le nombre de lits en institution a diminué de 42 %. En contrepartie, le nombre de lits destinés aux soins psychiatriques aigus dans les hôpitaux généraux a augmenté de 34 %. Pas moins de 61 % des organismes publics de santé mentale

ont instauré des mécanismes formels de participation des consommateurs et des gardes-malades. La part du secteur non gouvernemental dans le financement de la santé mentale est passée de 2 % à 5 %, et les crédits alloués aux organisations non gouvernementales pour qu'elles apportent un soutien communautaire aux personnes frappées d'incapacité psychiatrique ont augmenté de 200 %.

<sup>1</sup> Whiteford H et al. (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 403-417.

santé mentale dans les services généraux de santé. Le degré de collaboration entre les services de santé mentale et ceux situés en dehors du secteur de la santé, la disponibilité des psychotropes essentiels, les méthodes de sélection des interventions et le rôle des secteurs public et privé dans la mise en œuvre des interventions sont aussi des points essentiels pour la réorganisation des services, comme il est indiqué ci-après.

## DÉPLACEMENT DES SOINS EN DEHORS DES GRANDS HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Le traitement et les soins à assise communautaire sont l'objectif ultime, ce qui implique la fermeture des grands établissements psychiatriques (voir le Tableau 4.1). Mais il ne serait sans doute pas réaliste de procéder immédiatement à une telle mesure. Dans l'immédiat, c'est-à-dire jusqu'à ce que tous les patients puissent être réorientés vers la communauté avec la garantie de soins adéquats, il faut réduire la taille de tous les hôpitaux psychiatriques, améliorer les conditions de vie des patients, former du personnel, instaurer des règles pour éviter d'hospitaliser et de traiter inutilement des patients non consentants, et créer des organismes indépendants chargés de contrôler et de réexaminer les conditions d'hospitalisation. Il convient également de transformer ces hôpitaux en centres de traitement et de réadaptation appelant une participation active du malade.

## DÉVELOPPEMENT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE

Les services communautaires de santé mentale doivent offrir localement des traitements et des soins auxquels les patients et leur famille aient directement accès. Ils doivent être

### Encadré 4.6 Services de santé mentale : déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales

Dans la province de Neuquen en **Argentine**, les services publics dispensent des soins de santé mentale dans les campagnes reculées comme dans les zones urbaines, mais la majeure partie du personnel spécialisé continue d'exercer dans les centres urbains. Les villes abritent des dispensaires de soins primaires, des unités psychiatriques de niveau secondaire dans les hôpitaux généraux et des centres tertiaires spécialisés, tandis que les communautés rurales isolées sont desservies uniquement par des agents de santé locaux, des médecins généralistes en visite toutes les deux

semaines et des dispensaires de soins de santé primaires.<sup>1</sup> De même, le programme communautaire de réadaptation des personnes atteintes de troubles graves mis en place dans la capitale n'a pas d'équivalent dans les zones rurales de la province.<sup>2</sup> Au **Nigéria**, les hôpitaux des villes ont plus de personnel médical et des services de soutien plus performants que les hôpitaux publics du reste du pays.<sup>3</sup> Au **Costa Rica**, la plupart des agents de santé mentale sont encore concentrés dans les agglomérations et les effectifs demeurent insuffisants dans les zones rurales.<sup>4</sup> Dans les **pays arabes**, on ne trouve généra-

lement de services communautaires de santé mentale que dans les grandes villes,<sup>5</sup> bien que l'**Arabie saoudite** compte des cliniques psychiatriques dans certains hôpitaux généraux situés en zone rurale.<sup>6</sup> En **Inde** également, malgré l'importance accordée au développement des services ruraux, la plupart des professionnels de santé mentale sont installés en milieu urbain.<sup>7</sup> En **Chine**, les services communautaires sont assurés principalement dans les villes et à leur périphérie, alors que la majorité de la population vit à la campagne. Les services communautaires sont gérés par des comités de quartier et d'ouvriers.<sup>8</sup> Dans

les pays de l'**ex-URSS**, les services de santé mentale sont encore centralisés et nettement séparés des autres dans l'administration locale et centrale. Les décisions sont prises au centre, c'est-à-dire dans les centres urbains, de sorte que les zones rurales reculées sont obligées d'assurer des services conçus et financés par l'administration centrale.<sup>9</sup> En **Turquie**, il existe des services spécialisés privés et publics dans les moyennes et grandes villes, mais, dans les zones rurales et semi-rurales, les patients doivent s'en remettre aux centres de santé primaires.<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28: 3–16.

<sup>2</sup> Collins PY et al. (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28: 17–24.

<sup>3</sup> Gureje O et al. (1995). Results from the Ibadan centre. Dans: Üstün TB, Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons: 157–173.

<sup>4</sup> Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25–30.

<sup>5</sup> Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406–413.

<sup>6</sup> Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59–68.

<sup>7</sup> Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

<sup>8</sup> Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163–178.

<sup>9</sup> Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. Dans: Thornicroft G, Tansella G, *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press: 216–227.

<sup>10</sup> Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. Dans: Üstün TB, Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons: 39–55.

**Tableau 4.1 Effets du transfert des fonctions des hôpitaux psychiatriques traditionnels dans des services communautaires**

Fonctions de l'hôpital psychiatrique traditionnel	Effets du transfert dans des services communautaires
Examen clinique et traitement	A transférer de préférence dans des services de soins de santé primaires ou des services de santé générale
Hospitalisation de courte ou de moyenne durée avec traitement actif	Traitement poursuivi ou amélioré, mais les résultats peuvent ne pas être généralisables
Séjour de longue durée	Généralement améliorée dans les foyers pour ceux qui ont besoin d'un soutien intensif à long terme
Protection des patients	Certains patients risquent de continuer à subir une exploitation physique, sexuelle et financière
Soins de jours et services ambulatoires	Amélioration si création de services locaux accessibles ou détérioration dans le cas contraire. Une renégociation des responsabilités est souvent nécessaire entre les organismes de santé et les organismes d'aide sociale
Ergothérapie, travail et réadaptation	Fonction améliorée dans les conditions normales
Hébergement, habillement, nourriture et revenu de base	Fonction vulnérable : nécessité de clarifier les responsabilités et la coordination
Relève pour la famille et les gardes-malades	Généralement sans changement : nécessité d'un traitement à domicile compensée par la possibilité de faire bénéficier la famille d'un soutien professionnel accru
Recherche et formation	La décentralisation ouvre de nouvelles perspectives

Source : Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié).

complets, c'est-à-dire proposer toute une gamme de prestations répondant aux besoins de la population générale et à ceux de groupes particuliers (enfants, adolescents, femmes et personnes âgées). Idéalement, ils devraient comprendre l'alimentation, la prise en charge des cas aigus dans les hôpitaux généraux, les soins ambulatoires, des centres communautaires, des services périphériques, des foyers, la relève des familles et des soignants, l'ergothérapie, le soutien professionnel et la réadaptation, ainsi que la satisfaction de besoins tels que l'hébergement et l'habillement (voir le Tableau 4.1). Une fois la désinstitutionnalisation amorcée, il faut développer parallèlement les services communautaires. Ceux-ci doivent reprendre toutes les fonctions positives de l'asile sans en perpétuer les aspects négatifs.

En matière de financement, on suivra trois recommandations essentielles. Premièrement, développer les services communautaires en y consacrant les ressources économisées grâce à la fermeture partielle des hôpitaux. Deuxièmement, faire appel à un financement de relais pour l'investissement initial dans de nouveaux services, afin de faciliter la transition entre l'hôpital et la communauté. Troisièmement, conserver un financement parallèle pour continuer à maintenir un certain volume de soins institutionnels, même après l'instauration des services à assise communautaire.

Pour de nombreux pays, le problème est d'assurer des services de santé mentale complets alors qu'ils manquent de fonds. Certains peuvent réorienter ou réinvestir dans les soins communautaires les sommes dégagées par la désinstitutionnalisation, mais elles sont rarement suffisantes et cette réaffectation peut s'avérer difficile. En Afrique du Sud, par

exemple, où chaque niveau de soins, primaire, secondaire et tertiaire, a son propre budget, il est difficile, malgré la politique de désinstitutionnalisation adoptée, de transférer au niveau des soins primaires ou communautaires les fonds alloués aux soins hospitaliers. Même si de l'argent peut être prélevé sur le budget des hôpitaux, rien ne garantit qu'il sera effectivement utilisé pour des programmes communautaires de santé mentale. Compte tenu des restrictions budgétaires, on ne peut envisager des soins communautaires complets sans le soutien des services de soins primaires et secondaires.

## INTÉGRATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LES SERVICES GÉNÉRAUX DE SANTÉ

L'intégration des soins de santé mentale dans les services généraux de santé, notamment au niveau des soins primaires, présente de nombreux avantages parmi lesquels on peut citer une réduction de l'ostracisme subi par les patients et le personnel, car les troubles mentaux et du comportement sont vus et soignés en même temps que les problèmes de santé physique, l'amélioration du dépistage et du traitement et en particulier un taux de dépistage plus élevé chez les patients présentant des symptômes somatiques vagues en rapport avec des troubles mentaux et du comportement, une plus grande capacité à soigner les affections physiques des personnes atteintes de maladie mentale et vice versa, et un meilleur traitement des troubles mentaux associés à des problèmes physiques. L'administrateur y trouvera les avantages d'une infrastructure commune plus rentable, d'une couverture universelle des soins de santé mentale et d'un recours aux ressources communautaires, qui peut en partie compenser le manque de personnel spécialisé.

L'intégration suppose une analyse rigoureuse de ce qui est possible ou non pour le traitement et la prise en charge des troubles mentaux aux différents niveaux de soins. Pour l'alcool, par exemple, les stratégies d'intervention précoce seront plus efficaces au niveau des soins primaires, tandis que la psychose aiguë sera sans doute mieux prise en charge à un niveau supérieur, où l'on dispose d'un plus grand savoir-faire, de moyens d'investigation et de médicaments spécialisés. Pour la prise en charge à long terme, en revanche, les patients seront renvoyés au niveau primaire, où les agents de santé sont plus aptes à leur apporter, ainsi qu'à leur famille, un soutien continu.

### Encadré 4.7 Intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires

Les pays en développement n'ont que relativement récemment entrepris d'organiser les services de santé mentale. L'OMS a soutenu dans ces pays les initiatives visant à dispenser les soins de santé mentale dans le cadre des services de santé générale<sup>1</sup> et mené une étude de faisabilité pendant sept ans au Brésil, en Colombie, en Egypte, en Inde, aux Philippines, au Sénégal et au Soudan.

Un certain nombre de pays ont opté pour l'intégration des services de santé mentale essentiels dans les services primaires. Dans les pays en développement peu nantis, cette réforme a marqué l'avènement d'une nouvelle ère thérapeutique pour les malades mentaux. L'Inde a commencé à former des agents de soins de santé primaires en 1975, jetant ainsi les bases du programme national de santé mentale élaboré en 1982. Actuellement, les pouvoirs

publics soutiennent 25 programmes de district dans 22 Etats.<sup>2</sup> Au **Cambodge**, le Ministère de la Santé a formé un noyau de spécialistes de la santé mentale communautaire qui, à son tour, a instruit certains personnels médicaux des hôpitaux de district.<sup>3</sup> La **République islamique d'Iran** a entrepris un programme d'intégration à la fin des années 80 qui, depuis lors, a été étendu à tout le pays ; les services couvrent désormais près de 20 mil-

lions d'habitants.<sup>4</sup> Au nombre des pays qui ont adopté une approche similaire figurent l'Afghanistan, l'Afrique du Sud, l'Arabie saoudite, la Malaisie, le Maroc, le Népal, le Pakistan,<sup>5</sup> la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe. Les études faites jusqu'à présent pour évaluer l'impact de l'intégration sont insuffisantes et d'autres travaux s'imposent d'urgence.

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé (1975). *Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement. Seizième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale, 1975*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (Série de Rapports techniques, N° 564).

<sup>2</sup> Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

<sup>3</sup> Somasundaram DJ et al. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029–1046.

<sup>4</sup> Mohit A et al. (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231–240.

<sup>5</sup> Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. Dans: Tansella M, Thornicroft G, *Common mental disorders in primary care*. Londres (Royaume-Uni), Routledge.

Les modalités d'intégration de la santé mentale aux soins de santé générale dépendent dans une large mesure des fonctions et de l'importance des soins primaires, secondaires et tertiaires au sein du système de santé. L'Encadré 4.7 résume des exemples d'intégration des services au Cambodge, en Inde et en République islamique d'Iran. Pour que l'intégration réussisse, les décideurs doivent veiller à ce qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

- Le personnel de santé générale doit avoir les connaissances, les compétences et la motivation requises pour traiter et prendre en charge des patients souffrant de troubles mentaux.
- Il faut un personnel en nombre suffisant, qui ait les connaissances et les qualifications nécessaires pour prescrire les psychotropes aux niveaux primaire et secondaire.
- Les psychotropes de base doivent être disponibles au niveau des soins primaires et secondaires.
- Le personnel de santé générale doit être épaulé et supervisé par des spécialistes de la santé mentale.
- Il doit exister pour les transferts des liaisons efficaces entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires.
- Il faut redistribuer les fonds du niveau tertiaire aux niveaux secondaire et primaire, ou débloquer de nouveaux crédits.
- Des systèmes d'enregistrement sont nécessaires pour assurer en permanence le contrôle, l'évaluation et la réactualisation des activités.

S'il va de soi que le financement de la santé mentale doit provenir des mêmes sources et tendre à la même répartition de la charge financière que celui des soins de santé générale, on ne saurait faire preuve de la même assurance pour déterminer la meilleure façon d'affecter des crédits aux troubles mentaux et du comportement. Une fois les fonds réunis et mis en commun, il faut choisir entre deux formules : ou bien dissocier plus ou moins strictement la santé mentale des autres postes du même budget, ou bien prévoir un budget global pour un ensemble d'établissements ou de services, la part consacrée à la santé mentale étant fonction de la demande, des décisions locales ou d'autres facteurs (compte tenu du fait que les paiements directs ne sont pas mis en commun et que le consommateur est seul à décider de leur affectation). Les budgets qui entrent dans le moindre détail des dépenses pour chaque service ou programme sont trop rigides et ne laissent aucune latitude aux administrateurs et sont donc presque toujours une garantie d'inefficacité. Il est impossible de les utiliser directement pour passer des contrats avec les prestataires privés et, même au sein des établissements publics, ils peuvent entraîner un déséquilibre des ressources et ne permettent guère de s'adapter à l'évolution de la demande ou des besoins.

Malgré l'absence de preuves, on pense pouvoir affirmer qu'il serait possible d'éviter ces problèmes en attribuant des budgets globaux soit à des organismes d'achat qui soustraiteront, soit aux différentes structures. Ces budgets ont l'avantage de simplifier les procédures administratives, de faciliter la prise de décision par plusieurs organismes, d'encourager l'innovation grâce à la souplesse financière, et d'inciter les prestataires de soins primaires à collaborer avec les prestataires de soins de santé mentale et à dispenser eux-mêmes des soins de ce type.

Cependant, si la budgétisation n'est pas fonction de l'utilisation finale et ne protège pas certains services, la part affectée à la santé mentale risque de rester minime : n'étant pas présentée comme prioritaire, cette dernière passe pour peu importante. C'est un risque quand on veut réformer les services de santé mentale et les développer par rapport à des services mieux reconnus ou mieux financés. Pour limiter ce risque, on allouera à la santé mentale un montant précis, qu'il sera difficile d'employer à d'autres fins, tout en laissant aux gestionnaires des structures de santé une certaine liberté dans le choix des problèmes



et traitements prioritaires. Cette « préallocation » des ressources destinées à la santé mentale les protège et garantit leur stabilité dans le temps, et elle est particulièrement indiquée dans les pays qui n'investissent, actuellement, que très peu dans les services de santé mentale, car elle leur permet d'indiquer le rang de priorité accordé à ce domaine et de donner un coup de fouet à un programme. Elle n'oblige pas à renoncer à l'organisation des services, pas plus qu'elle n'empêche les instances responsables de la santé mentale de toucher leur part des crédits supplémentaires qui pourraient être alloués à la santé.

### MESURES DESTINÉES À GARANTIR LA DISPONIBILITÉ DES PSYCHOTROPES

Dans sa liste de médicaments essentiels, l'OMS recommande un petit nombre de médicaments nécessaires au traitement et à la prise en charge des troubles mentaux et du comportement. Malheureusement, beaucoup d'entre eux sont souvent introuvables dans les pays en développement. D'après le projet ATLAS, plus de 25 % des pays n'offrent pas, au niveau des soins primaires, les antipsychotiques, antidépresseurs et antiépileptiques de prescription courante.

Les gouvernements doivent allouer des fonds suffisants à l'achat des psychotropes essentiels et les répartir entre les différents niveaux de soins conformément à la politique adoptée. S'ils ont opté pour une politique de soins communautaires et d'intégration aux soins de santé générale, ils doivent non seulement veiller à l'approvisionnement en médicaments essentiels à ce niveau, mais aussi autoriser les agents de santé concernés à les administrer. Un quart des pays qui ont pourtant adopté une approche basée sur les soins primaires ne disposent pas, à ce niveau, des trois médicaments essentiels permettant de traiter l'épilepsie, la dépression et la schizophrénie. Il est possible d'acheter les médicaments sous des noms génériques à des organisations à but non lucratif comme ECHO (*Equipment for Charitable Hospitals Overseas*) et la Division des Approvisionnements de l'UNICEF, à Copenhague, qui fournissent des produits de bonne qualité à bas prix. De plus, l'OMS et *Management Sciences for Health* (2001) publient chaque année un indicateur des prix des médicaments essentiels sur le marché international qui donne l'adresse de plusieurs fournisseurs dignes de confiance et le prix de vente des psychotropes essentiels aux tarifs de gros pratiqués sur le marché mondial par les organismes à but non lucratif.

### CRÉATION DE LIENS INTERSECTORIELS

Etant donné que nombre de troubles mentaux appellent des solutions psychosociales, il est indispensable d'établir des liens au niveau local entre les services de santé mentale et les divers organismes communautaires afin de pouvoir offrir aux patients logement, allocations, pension d'invalidité, emploi et autres aides sociales, et de rendre les stratégies de

#### Encadré 4.8 Liens intersectoriels pour la santé mentale

En République-Unie de Tanzanie, les villages agricoles de rééducation psychiatrique sont le fruit d'une action intersectorielle menée de concert par la communauté locale, le secteur de la santé mentale et les tradipraticiens pour soigner et rééduquer les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les zones rurales.<sup>1</sup> Les pa-

tients et leur famille vivent au sein d'un village de fermiers, de pêcheurs et d'artisans et sont soignés à la fois par les services médicaux et par les guérisseurs traditionnels. Des infirmiers(ères) psychiatriques, des infirmiers(ères) assistant(e)s et des artisans locaux supervisent les activités thérapeutiques; toutes les semaines, un psychiatre et un tra-

vailleur social médicalement qualifié viennent prêter leur concours et faire des consultations; les tradipraticiens interviennent à la demande du patient et de sa famille. Une collaboration plus régulière est prévue entre les tradipraticiens et le personnel médical, y compris des rencontres et des stages réguliers. Les guérisseurs traditionnels ont

participé aux programmes communautaires de formation en santé mentale et ont fait profiter de leur savoir et de leurs compétences en la matière. Ils pourraient jouer un rôle plus important dans la prise en charge des troubles liés au stress dans la communauté.

<sup>1</sup> Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-428.

prévention et de réadaptation plus efficaces. Dans de nombreux pays pauvres, la coopération entre les différents secteurs est souvent visible au niveau des soins de santé primaires. Au Zimbabwe, la coordination entre universitaires, prestataires de services publics et représentants de la communauté locale au niveau des soins primaires a débouché sur la mise au point d'un programme à assise communautaire culturellement adapté, ayant pour objectif de repérer, de conseiller et de soigner les femmes souffrant de dépression. En République-Unie de Tanzanie, des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement ont pu se réadapter grâce à un programme agricole novateur de type intersectoriel (voir l'Encadré 4.8).

## CHOIX DES STRATÉGIES DE SANTÉ MENTALE

Quelle que soit la situation économique d'un pays, il semble toujours qu'il n'y ait pas assez de ressources pour financer les activités, les services et les traitements. En santé mentale, comme dans le reste du secteur de la santé, il faut choisir parmi un grand nombre de services et un vaste éventail de stratégies de prévention et de promotion. Ces choix n'auront évidemment pas les mêmes effets sur les différentes maladies mentales et sur les différents groupes de population concernés, mais il est important de comprendre qu'ils porteront en fin de compte sur des stratégies clés plutôt que sur telle ou telle maladie.

On sait encore peu de choses sur les coûts et les résultats des différentes interventions, en particulier dans les pays pauvres. Quand des éléments d'évaluation existent, il faut faire preuve de la plus grande prudence avant d'appliquer les conclusions à d'autres contextes : les coûts et les résultats peuvent être très différents, selon la capacité du système de santé à réaliser l'intervention. Même si l'on était mieux renseigné, il n'y aurait aucun moyen simple de décider des interventions à privilégier et encore moins du montant à attribuer à chacune d'elles. Les paiements directs à titre privé dépendent uniquement des consommateurs et la part du prépaiement privé des soins de santé mentale est minime dans presque tous les pays.

Pour les gouvernements, la décision cruciale porte sur l'usage qu'il convient de faire des fonds publics. Le rapport coût/efficacité est souvent un élément important, mais il n'est jamais le seul. Le financement public doit aussi tenir compte du caractère public ou partiellement public d'une intervention, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle des coûts ou des avantages se répercutent sur des personnes autres que celles auxquelles est destiné le service. Même s'il est souhaitable que les gouvernements visent une efficacité maximale, ils devront parfois accepter de perdre en efficacité pour gagner en équité.

Si, en règle générale, l'évaluation des services et la prise de décision en matière de dépenses publiques doivent se faire de la même manière que pour les autres services de santé, une partie au moins des interventions de santé mentale présentent des caractéristiques qui les différencient nettement. Ainsi, la lutte contre certains troubles mentaux peut avoir des effets bénéfiques importants. Contrairement aux effets externes de la lutte contre les maladies transmissibles, où le fait de traiter un cas permet d'en éviter d'autres, et à la vaccination de la majorité de la population sensible, qui protège aussi les non-vaccinés, les bénéfices des soins de santé mentale se manifestent souvent dans des domaines autres que la santé, par exemple sous la forme d'une diminution des accidents et des traumatismes dans le cas de la consommation d'alcool, ou d'une baisse du coût de certains services sociaux. Une analyse coût/efficacité ne peut rendre compte de ces effets; on ne peut les appréhender qu'en étudiant le bénéfice global, en termes de retombées sociales, des gains acquis dans le domaine de la santé ou dans d'autres domaines.

Une autre différence importante découle de la chronicité de certains troubles mentaux. Ceux-ci, comme certaines maladies physiques chroniques et contrairement aux urgences médicales imprévisibles, sont difficilement couverts par l'assurance privée, et une assurance publique explicite (sécurité sociale) ou implicite (impôt) est donc alors particulière-

ment indiquée. Enfin, les troubles mentaux de longue durée contribuent encore plus à la pauvreté que nombre de problèmes de santé à cause des incapacités de travail qu'ils engendrent, de sorte qu'en mettant l'accent sur les services de santé mentale dans le budget public, on lutte contre la pauvreté.

Même s'il est difficile de dégager des critères prioritaires parmi tous ceux qui s'appliquent, un examen rationnel des points ci-dessus permettra d'affecter les ressources de manière moins arbitraire et routinière, surtout si l'on entend accroître sensiblement les fonds publics alloués aux soins de santé mentale : développer en proportions égales tout ce qui est actuellement financé ne serait ni efficace ni équitable. L'affectation en fonction des besoins permet de répartir plus équitablement les ressources, à condition de définir préalablement ce qu'on entend par « besoins ». Un besoin, par ailleurs, n'est pas une priorité en soi, car chacun ne peut pas toujours faire l'objet d'une intervention efficace et, en outre, les besoins des consommateurs ne coïncident pas forcément avec ce qu'ils veulent ou réclament. Cette situation pose déjà des problèmes pour les maladies physiques, alors que le consommateur est capable d'exprimer un souhait; elle est encore plus complexe quand un trouble mental restreint cette capacité.

Comme on l'a déjà vu, le financement destiné à la santé mentale doit, en pratique, être affecté aux services, ce qui peut dépendre de la façon dont les fonds sont gérés dans le cadre de budgets ou d'accords d'achats. L'une des techniques consiste à inclure expressément certains services de santé mentale, choisis selon les critères ci-dessus, dans une enveloppe d'interventions de base ou essentielles que le secteur public promet de financer, en précisant ou non dans le budget la somme à consacrer à chacun de ces services. On peut en principe employer la même méthode pour réglementer l'assurance privée, c'est-à-dire obliger les assureurs à faire figurer certains services de santé mentale dans la formule de base de toutes les polices. Mais comme les assureurs cherchent avant tout à sélectionner leurs clients sur la base des risques (et les clients potentiels à dissimuler les risques auxquels ils se savent exposés et à contracter une assurance couvrant ces risques), il est beaucoup plus difficile d'imposer cette formule dans le secteur privé que dans le secteur public. Certains pays (notamment, des pays à revenu moyen, comme le Brésil et le Chili) obligent néanmoins les assureurs privés à couvrir les mêmes services que ceux garantis par les finances publiques. On peut douter qu'il soit possible de faire de même dans des pays beaucoup plus pauvres où l'assurance privée a une couverture bien moindre et le gouvernement moins de pouvoir réglementaire. Il est toujours difficile de décider dans quelle mesure imposer les priorités publiques aux payeurs et aux prestataires du secteur privé, plus encore peut-être en santé mentale qu'en santé physique. D'après les données ATLAS, l'assurance n'est une source importante de financement de la santé mentale que dans un cinquième environ des pays.

### ACHAT OU PRESTATION DES SERVICES : RÔLE DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ

L'analyse qui précède fait ressortir le rôle financier du secteur public, même quand celui-ci n'assume qu'une petite partie des dépenses de santé, car il semble plus facile d'entreprendre les réformes souhaitables de la santé mentale à ce niveau et certaines caractéristiques des services de santé mentale font qu'ils se prêtent particulièrement bien à un financement public. Mais rien n'oblige à associer argent public et prestations publiques, même si traditionnellement la plupart des gouvernements consacrent la majorité de leurs fonds à leurs propres institutions de soins. Dans certains pays, l'achat et la prestation des services sont de plus en plus dissociés du fait de la décentralisation et parce qu'en accordant à des établissements publics l'exclusivité des investissements publics, on interdit toute concurrence susceptible de les inciter à une plus grande efficacité ou à une meilleure adaptation aux besoins des malades (OMS, 2000c, chapitre 3).

Si le fait de substituer la concurrence et la réglementation aux prestations publiques directes présente en théorie des avantages évidents, les preuves concrètes de réussite sont encore rares. Les pays en développement manquent souvent de ressources et d'expérience pour veiller au respect des obligations contractuelles entre acheteurs et prestataires et obliger ces derniers à assurer des services qui, bien que prévus dans le contrat, ne leur paraissent pas prioritaires. L'absence de tels contrôles laisse la porte ouverte aux gaspillages, voire à la fraude. C'est déjà le cas pour les contrats relatifs aux services généraux de santé et la situation risque d'être encore pire en santé mentale, domaine où les résultats sont plus difficiles à mesurer. Dans les pays où les services de santé mentale n'existaient pas jusqu'à présent ou dépendaient exclusivement et directement du ministère de la santé, il peut être nécessaire d'établir pour ces services un contrat détaillé distinct. Toutes ces raisons incitent à la prudence quand on songe à dissocier le financement de la prestation des services de santé mentale. Cette mesure est toutefois envisageable chaque fois que des prestataires autres que publics ou relevant d'un gouvernement local peuvent assurer la prestation et que les moyens de supervision sont suffisants. Dans de nombreux pays, les structures publiques de soins ambulatoires n'offrent pas de services de santé mentale parce que l'accent est mis sur le financement des soins hospitaliers. Dissocier le financement des prestations peut donc être un bon moyen de faciliter le passage des soins en hôpital psychiatrique public aux soins en communauté. Il est même parfois impossible de modifier les priorités du budget public sans faire appel à des prestataires autres que publics pour la simple raison que le personnel est réfractaire à la réforme et n'a ni les compétences ni l'expérience voulues.

Quand le secteur privé assure une part importante des prestations avec des fonds d'origine privée, sans participation ni réglementation de l'Etat, plusieurs problèmes se posent qui nécessitent l'exercice d'une tutelle. Il risque en effet de ne pas y avoir de système d'orientation-recours entre les prestataires de soins de santé mentale non réglementés (tels que les guérisseurs traditionnels) et les services externes situés dans les structures de soins primaires et les hôpitaux de district. Quantité de soins de santé mentale de mauvaise qualité seront dispensés aux pauvres par des prestataires échappant à toute réglementation comme les vendeurs de médicaments, les guérisseurs traditionnels et les thérapeutes non qualifiés. Les ministères de la santé étant incapables d'imposer une réglementation aux services privés de consultations externes, les usagers risquent de se faire exploiter financièrement et de se voir prescrire des traitements inefficaces pour des troubles mentaux non pris en compte par le système de santé publique. Les gouvernements peuvent résoudre ces problèmes, sans augmenter massivement leurs dépenses ni assumer l'entière responsabilité des prestations, en passant des contrats avec les prestataires primaires et secondaires, en élaborant des directives applicables aux différentes composantes des services de santé mentale et aux coûts, et en accréditant les divers prestataires de soins externes.

Les gouvernements doivent aussi songer à réglementer, au sein du secteur informel, l'activité de groupes particuliers de prestataires, tels que les guérisseurs traditionnels. Il peut s'agir de délivrer une autorisation d'exercer afin de protéger les patients des pratiques nuisibles, de lutter contre la fraude et d'empêcher l'exploitation financière. La Chine, le Viet Nam et la Malaisie progressent à grands pas dans l'intégration de la médecine traditionnelle à la politique de santé générale (Bodekar, 2001).

La gestion coordonnée des soins, important système de prestations aux Etats-Unis d'Amérique, cumule les fonctions d'achat et de financement pour une population définie. Son principal inconvénient est que la maîtrise des coûts prime la qualité des soins et que, pour ceux qui sont dans l'incapacité de payer l'assurance, le coût des soins est à la charge des familles ou d'institutions caritatives et non du système de santé publique (Hoge et al., 1998 ; Gittelman, 1998). Pour les troubles mentaux et du comportement, la gestion coordonnée des soins n'a guère permis à ce jour, sauf quelques exceptions notables, l'associa-

tion nécessaire du traitement à une stratégie à long terme d'aide sociale et de réadaptation. Enfin, le savoir-faire, les compétences et les services très complets qu'exige un tel système sont actuellement hors de portée de la plupart des pays en développement (Talbot, 1999).

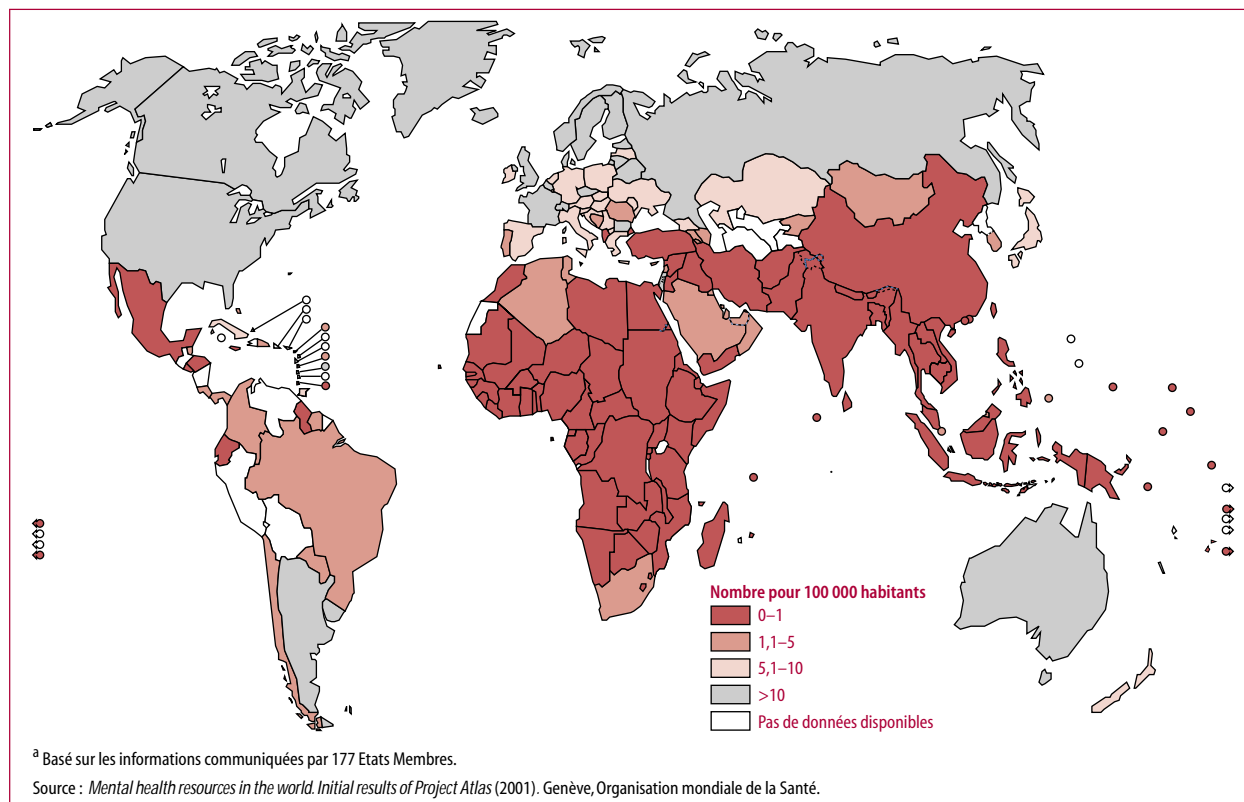
### DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Dans les pays en développement, le manque de spécialistes et d'agents de santé ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre en charge les troubles mentaux et du comportement constitue un obstacle majeur au traitement et aux soins.

Si l'on veut que les systèmes sanitaires progressent, il faut investir du temps et de l'énergie dans l'évaluation des effectifs et des catégories de professionnels et d'agents de santé qui seront nécessaires durant les années à venir. Le rapport entre spécialistes de la santé mentale et agents de santé générale variera en fonction des ressources existantes et de l'approche des soins. L'intégration des soins de santé mentale dans le système général de santé accroît la demande de généralistes formés à la santé mentale et réduit les besoins en spécialistes, même si une masse critique de spécialistes de la santé mentale reste nécessaire pour traiter et prévenir efficacement les troubles mentaux et du comportement.

A l'échelle mondiale, on observe une grande disparité des catégories et des effectifs du personnel de santé mentale. Le nombre médian de psychiatres oscille entre 0,06 pour 100 000 habitants dans les pays à bas revenu et 9 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu élevé (Figure 4.4). Pour les infirmiers/ères psychiatriques, la médiane va de 0,1 pour 100 000 habitants dans les pays à bas revenu à 33,5 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu élevé (Figure 4.5). Dans près de la moitié du monde, il y a moins d'un neurologue par million d'habitants. En ce qui concerne les prestataires de soins pour les enfants et adolescents, la situation est encore pire.

Figure 4.4 Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants, 2000<sup>a</sup>

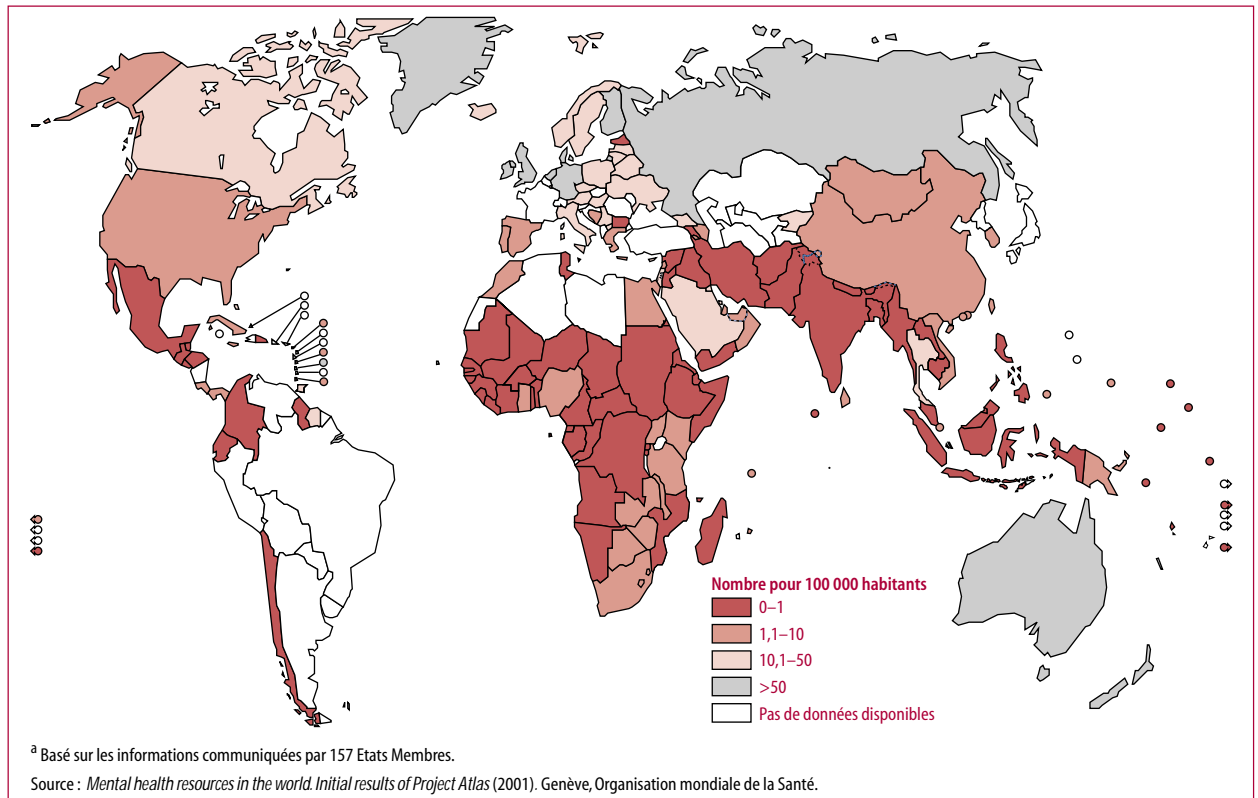


Le personnel de santé susceptible de s'occuper de la santé mentale comprend les médecins généralistes, les neurologues et les psychiatres, les agents de santé aux niveaux communautaire et primaire et les professionnels auxiliaires de santé mentale (infirmiers/ères, ergothérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux), ainsi que d'autres groupes tels que le clergé et les guérisseurs traditionnels. Ces derniers représentent toujours la principale source de soins pour au moins 80 % des ruraux dans les pays en développement. Ils peuvent dépister activement les cas, faciliter l'orientation-recours et assurer le conseil, la surveillance et le suivi. L'adoption d'un système de soins intégrés à assise communautaire oblige à redéfinir le rôle de nombreux prestataires. Un agent de santé générale pourra maintenant ajouter à ses autres fonctions l'identification et la prise en charge dans la communauté des troubles mentaux et du comportement, y compris le dépistage et le traitement précoce de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues, et un psychiatre ayant précédemment travaillé en institution devra peut-être, dans un contexte communautaire, se consacrer davantage à la formation et à la supervision.

La décentralisation des services de santé mentale risque également, lors du transfert au niveau local des tâches de gestion et d'administration, d'avoir un impact sur les rôles et les responsabilités. La redéfinition des rôles doit être claire si l'on veut que les nouvelles responsabilités soient plus aisément acceptées. En outre, une formation s'impose pour enseigner les compétences nécessaires à ces changements. Bien évidemment, ceux-ci provoqueront des conflits d'autorité qui les freineront. C'est ainsi que des psychiatres auront l'impression qu'on leur confisque une partie de leur pouvoir si d'autres agents de santé moins expérimentés sont autorisés à prendre en charge les troubles mentaux et du comportement.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement, les programmes des

**Figure 4.5 Nombre d'infirmiers(ères) psychiatriques pour 100 000 habitants, 2000<sup>a</sup>**





facultés de médecine devront être mis à jour pour former des médecins capables de diagnostiquer et de traiter les personnes atteintes de maladie mentale. Récemment, Sri Lanka a prolongé la durée de la formation en psychiatrie et a fait de cette discipline un sujet d'examen pour les étudiants en médecine. Les professionnels de santé auxiliaires (infirmiers/ères, travailleurs sociaux) doivent recevoir une formation qui leur fasse connaître les troubles mentaux et du comportement, ainsi que l'ensemble des options thérapeutiques existantes, en mettant l'accent sur les points les plus pertinents pour leur travail de terrain. Tous les cursus devraient comprendre l'application de stratégies psychosociales reposant sur des bases factuelles et l'acquisition de compétences en matière d'administration et de gestion, d'élaboration de politiques et de méthodes de recherche. Certains pays en développement n'ont pas d'établissement d'enseignement supérieur, mais des formations sont souvent organisées dans d'autres pays. Ce système ne donne pas toujours de bons résultats, car de nombreux stagiaires envoyés à l'étranger ne reviennent pas dans leur pays et leur savoir-faire est donc perdu pour la société du pays en développement. Ce problème pourrait être durablement résolu par la création dans les pays de centres d'excellence chargés de la formation et de l'enseignement.

Une approche prometteuse consiste à utiliser Internet pour la formation et pour obtenir rapidement l'avis de spécialistes sur le diagnostic clinique et la prise en charge. Dans les pays en développement, Internet fait de rapides progrès. En Afrique, seuls 12 pays y avaient accès il y a trois ans, alors qu'aujourd'hui, il est disponible dans toutes les capitales. Désormais, la formation devrait donc porter aussi sur l'utilisation de la technologie de l'information (Fraser et al., 2000).

## PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Il existe un vaste éventail de stratégies permettant non seulement d'améliorer la santé mentale et de prévenir les troubles mentaux, mais aussi d'atténuer d'autres problèmes tels que la délinquance juvénile, la maltraitance des enfants, l'abandon des études et les jours de travail perdus pour cause de maladie.

Le point de départ le plus approprié pour la promotion de la santé mentale est fonction des besoins et du contexte socioculturel. Les activités ont une portée et un niveau qui vont de l'échelon local à l'ensemble du pays, de même que les diverses actions de santé publique : mise en place de services, élaboration de politiques, diffusion de l'information, sensibilisation, etc. On trouvera ci-après des exemples de points de départ pour les interventions.

*Interventions axées sur les facteurs qui déterminent ou entretiennent la maladie mentale.* Le développement psychosocial et cognitif des nourrissons et des jeunes enfants dépend de leur interaction avec les parents. Les programmes qui visent à accroître la qualité de cette interaction peuvent nettement améliorer le développement émotionnel, social, cognitif et physique des enfants. C'est ainsi que le programme STEEP des Etats-Unis d'Amérique (*Steps Towards Effective Enjoyable Parenting*), destiné aux mères ayant un premier enfant et à celles qui ont des difficultés pour élever leur enfant, notamment dans des familles peu instruites (Erickson, 1989), a permis de réduire l'anxiété et la dépression chez les mères, de mieux organiser la vie familiale et de créer des environnements plus stimulants pour les enfants.

*Interventions axées sur certains groupes de population.* En 2025, il y aura 1,2 milliard de personnes de plus de 60 ans dans le monde, dont près des trois quarts dans le monde en développement. Mais pour que la vieillesse soit une expérience positive, il faut qu'elle s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie.

*Interventions axées sur des contextes particuliers.* L'école est essentielle pour préparer les enfants à la vie, mais elle doit se consacrer davantage à leur développement social et émotionnel, notamment en leur enseignant les compétences de base (résolution de problèmes,

raisonnement critique, communication, relations interpersonnelles, empathie et gestion des émotions, par exemple) qui garantiront la bonne santé mentale des enfants et des adolescents (Mishara & Ystgaard, 2000).

Une politique scolaire respectueuse de l'enfant, qui encourage la tolérance et l'égalité entre garçons et filles, ainsi qu'entre les différents groupes ethniques, religieux et sociaux, permet de créer un environnement psychosocial sain (OMS, 1990). Elle favorise la participation active et la coopération, évite le recours aux châtiments physiques et ne tolère pas les brimades. Elle contribue à créer des liens entre l'école et la famille, favorise la créativité aussi bien que la réussite scolaire, et développe chez l'enfant l'estime de soi et la confiance en soi.

## SENSIBILISATION DE LA POPULATION

Dans la communauté, l'obstacle le plus important est la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement, ainsi que la discrimination qui lui est associée.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit se faire à plusieurs niveaux : éducation des professionnels et agents de santé; fermeture des établissements psychiatriques qui contribuent à entretenir et à renforcer la stigmatisation; prestation de services de santé mentale dans la communauté; et mise en place d'une législation pour la protection des droits des malades mentaux. La lutte contre la stigmatisation nécessite également des campagnes d'information visant à éduquer et informer la communauté sur la nature, l'étendue et l'impact des troubles mentaux, afin de démentir les mythes les plus courants et d'encourager des attitudes et des comportements plus positifs.

## RÔLE DES MÉDIAS

On peut faire appel aux divers médias pour améliorer les attitudes et les comportements de la communauté à l'égard des malades mentaux et prendre des mesures pour surveiller, interdire ou prévenir l'utilisation d'images ou de récits pouvant avoir des conséquences négatives pour les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement. On peut aussi utiliser les médias pour informer le grand public et provoquer des changements d'attitude et de comportement, ainsi que pour appeler à agir sur les facteurs sociaux, structurels et économiques qui influencent les troubles mentaux et du comportement. La publicité, quoique coûteuse, est utile pour sensibiliser aux problèmes, faire connaître les manifestations et dénoncer les idées fausses. Les communiqués constituent un moyen plus économique d'attirer l'attention du public et de présenter les problèmes et les initiatives aux fins de la sensibilisation. Le divertissement éducatif, qui consiste à faire passer des messages éducatifs sanitaires ou sociaux dans un média de divertissement, permet de promouvoir des changements d'attitude, de croyance et de comportement.

Parmi les campagnes d'information qui ont fait appel aux médias pour lutter contre la stigmatisation, on peut citer : « *Changing minds – every family in the land* », du *Royal College of Psychiatrists*, de Grande-Bretagne, et « *Open the doors* », de l'Association mondiale de Psychiatrie (voir l'Encadré 4.9).

Internet est un puissant outil de communication et d'accès à l'information sur la santé mentale. Il est de plus en plus utilisé pour informer et éduquer les patients, les étudiants, les professionnels de la santé, les groupes de consommateurs, les organisations non gouvernementales et la population générale sur la santé mentale, pour organiser des groupes d'entraide ou de discussion et même pour dispenser des soins cliniques. Grâce à cette source d'information, la communauté, mieux avertie, sera plus exigeante au sujet du traitement et des soins dispensés par les prestataires. L'inconvénient est qu'elle va être obligée d'analyser et de comprendre une masse de données complexes et plus ou moins exactes (Griffiths & Christensen, 2000). Les utilisateurs d'Internet vont de plus en plus s'attendre à

#### Encadré 4.9 Non à la stigmatisation

« *Open the doors* » est le premier programme mondial de lutte contre la stigmatisation et la discrimination que suscite la schizophrénie. Lancé par l'Association mondiale de Psychiatrie en 1999,<sup>1,2</sup> il a pour but de sensibiliser l'opinion et de l'informer sur la nature de la maladie et les options thérapeutiques, de faire évoluer les mentalités à l'égard de ceux qui en souffrent ou en ont souffert et de leur famille, et de mobiliser les volontés pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et aux préjugés.

L'Association a conçu un guide méthodique pour élaborer un programme de lutte contre la stigmatisation, rend compte de l'expérience des pays qui ont mis en place un tel programme et recueille des informations dans le monde entier sur les autres initiatives prises en ce sens. La documentation a été utilisée à titre expérimental en Allemagne, en Autriche, au Canada, en Chine, en Égypte, en Espagne, en Grèce, en Inde et en Italie. Le programme démarre sur d'autres sites pour chacun desquels a été créé un groupe composé de représentants d'organisations

gouvernementales et non gouvernementales, de journalistes, de professionnels de la santé, d'associations représentant les malades et leur famille et d'autres militants contre la stigmatisation et la discrimination. Les résultats obtenus dans les différents pays sont enregistrés dans la base de données mondiale afin de pouvoir s'inspirer de leur expérience pour les activités futures. L'Association a publié en outre un recueil d'informations les plus récentes sur le diagnostic et le traitement de la schizophrénie et les stratégies de réinsertion dans la

communauté.

Les préjugés au sujet de la schizophrénie créent un cercle vicieux d'ostracisme et de discrimination qui conduit à l'isolement social, l'inaptitude au travail, l'abus d'alcool ou de drogues, l'absence de domicile fixe ou, au contraire, à l'institutionnalisation inutile qui diminue les chances de guérison et de mener une vie normale. « *Open the doors* » permettra aux schizophrènes de retourner dans leur famille, à l'école ou au travail et d'envisager l'avenir avec espoir.

<sup>1</sup> Sartorius N (1997) Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170:297.

<sup>2</sup> Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352(9133):1058–1059.

avoir aisément accès à des professionnels de la santé, y compris des prestataires de soins de santé mentale, pour obtenir des services qui vont des réponses à des questions simples à des consultations vidéo plus poussées et à la télémédecine.

Le défi majeur consiste à utiliser cette technologie de l'information au profit de la santé mentale dans les pays en développement. Son emploi à grande échelle suppose un meilleur accès à Internet (moins d'un million de personnes sur un total de 700 millions y ont accès en Afrique) et l'existence d'informations sur la santé mentale dans diverses langues.

#### UTILISER LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES POUR STIMULER LE CHANGEMENT

Bien que la communauté soit à l'origine de la stigmatisation et de la discrimination, il ne faut pas oublier qu'elle représente une ressource et un cadre importants pour lutter contre leurs causes et leurs effets et, plus généralement, pour améliorer le traitement et les soins dispensés aux personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement.

Le rôle de la communauté peut revêtir de nombreux aspects : entraide, pressions exercées pour faire évoluer les soins et les ressources de santé mentale, activités éducatives, participation à la surveillance et à l'évaluation des soins, campagnes de sensibilisation visant à changer les attitudes et à lutter contre la stigmatisation.

Les organisations non gouvernementales constituent aussi une ressource communautaire intéressante pour la santé mentale. Souvent plus sensibles aux réalités locales que les programmes centralisés, elles sont en général très engagées dans l'innovation et le changement. Les organisations non gouvernementales internationales contribuent à l'échange d'expériences et font office de groupes de pression, tandis que les organisations non gouvernementales dans les pays sont localement responsables d'un grand nombre d'initiatives et programmes novateurs. En l'absence d'un système de santé mentale officiel ou lorsque le système en place fonctionne mal, elles jouent souvent un rôle primordial en comblant le fossé entre les besoins de la communauté et les services et stratégies existants (voir l'Encadré 4.10).

Devenus puissants et actifs, les groupes de consommateurs sont souvent peu satisfaits des soins et traitements offerts. Ils ont joué un rôle important dans la réforme de la santé

mentale (OMS, 1989). Dans de nombreuses régions du monde, il existe maintenant beaucoup d'associations de consommateurs qui s'intéressent à ce domaine et s'y impliquent, qu'il s'agisse de groupements peu structurés ou d'organisations à part entière dotées d'une constitution et d'un statut juridique. Bien que s'étant fixé des cibles et des objectifs différents, elles défendent toutes avec force le point de vue du consommateur.

Les autorités responsables des services, du traitement et des soins doivent rendre des comptes aux utilisateurs du système. A cet effet, une mesure importante consiste à faire participer les consommateurs à la création de services, à l'examen des normes hospitalières, et à l'élaboration et l'application de la politique et de la législation.

Dans de nombreux pays en développement, les familles jouent un rôle clé dans les soins aux malades mentaux; à bien des égards, elles sont même les principales prestataires de soins. A mesure que l'on ferme les hôpitaux psychiatriques dans les pays à système de santé développé, certaines responsabilités de ces établissements leur incombent. Elles peuvent avoir une influence positive ou négative en fonction de leur compréhension, de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur capacité à soigner le malade mental. C'est pourquoi une importante stratégie communautaire consiste à aider les familles à comprendre la maladie, à encourager l'observance du traitement, à reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute et à résoudre rapidement les crises, ce qui favorise la guérison et atténue les incapacités sociales et personnelles. Le personnel infirmier et autres agents de santé communautaires qui se rendent à domicile peuvent jouer un important rôle de soutien, de même que les réseaux d'entraide pour les familles et une aide financière directe.

Deux mises en garde s'imposent. Premièrement, la disparition progressive de la famille élargie dans les pays en développement, associée à la migration vers les villes, pose un problème aux planificateurs qui ne peuvent plus compter sur cette ressource pour les soins aux patients. Deuxièmement, l'environnement familial n'est pas toujours favorable à des soins et à un soutien de bonne qualité et leur est même parfois préjudiciable; dans ce cas, la formule familiale peut ne pas être une solution viable.

#### Encadré 4.10 L'Initiative de Genève

La *Geneva Initiative on Psychiatry* a été créée en 1980 pour lutter contre l'usage de la psychiatrie comme moyen de répression politique. Contrairement à ce que son nom indique, cette initiative internationale est basée aux Pays-Bas.

La Société pansoviétique de Psychiatres et Neuropathologistes (AUSPN) de l'ex-URSS s'est retirée de l'Association mondiale de Psychiatrie (WPA) au début de l'année 1983 suite aux campagnes menées contre elle par l'Initiative de Genève et, en 1989, le Congrès de la WPA a imposé des conditions strictes à sa réintégration. La Fédération de Russie a reconnu que la psychiatrie avait été détournée à des fins politiques et a invité la WPA à envoyer une équipe d'observateurs en Russie. Les psychia-

tres étaient alors de plus en plus nombreux à solliciter l'aide de l'Initiative pour réformer les soins de santé mentale. Un changement radical était en train de se produire : au cours des deux années précédentes, presque tous les prisonniers politiques avaient été libérés des prisons, des camps, des bagnes et des hôpitaux psychiatriques.

Entre 1989 et 1993, l'Initiative s'est concentrée sur quelques pays d'Europe orientale, notamment la Roumanie et l'Ukraine. Il est devenu évident qu'il fallait aborder autrement la réforme de la santé mentale. Bien des mesures avaient été prises dans l'ensemble de la région et le personnel était nombreux à avoir acquis de nouvelles compétences et connaissances, mais les réformateurs étaient coupés les uns des autres, à cause d'un manque de con-

fiance et d'unité. Avec l'aide financière de la Fondation Soros, les réformateurs de la psychiatrie ont tenu leur première réunion en septembre 1993 à Bratislava (Slovaquie). Depuis lors, plus de 20 réunions de ce type ont eu lieu.

Le réseau des réformateurs de la santé mentale compte aujourd'hui quelque 500 membres dans 29 pays d'Europe centrale et orientale et dans les nouveaux Etats indépendants, et est relié à plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales s'intéressant à la santé mentale. Il rassemble des psychiatres, des psychologues, des infirmiers(ères) psychiatriques, des travailleurs sociaux, des sociologues, des juristes, des parents de malades, ainsi qu'un nombre croissant d'utilisateurs des services de santé mentale. Désormais, l'Initiative intervient

en grande partie par l'intermédiaire de ce réseau dans plus d'une vingtaine de pays où elle gère quelque 150 projets.

L'Initiative de Genève cherche à apporter des améliorations structurelles et privilégie par conséquent les programmes visant à réformer les politiques, les soins en institution et l'enseignement. Elle s'efforce de combattre l'inertie tout en cherchant à garantir la stabilité et un financement régulier. Elle s'est vu décerner l'année dernière le Prix des droits de l'homme en psychiatrie.

De plus amples renseignements sur l'Initiative peuvent être obtenus à l'adresse <http://www/geneva-initiative.org/geneva/index.htm>.

## IMPLICATION D'AUTRES SECTEURS

La guerre, les conflits, les catastrophes naturelles, l'urbanisation non planifiée et la pauvreté ne sont pas seulement d'importants déterminants de la maladie mentale, mais aussi des obstacles notables à l'extension de la couverture des soins. La guerre et les conflits, par exemple, risquent de détruire les économies nationales ainsi que les systèmes de santé et d'aide sociale, et de traumatiser des populations entières. La pauvreté crée un besoin accru de services sanitaires et communautaires, mais impose des limites au financement par l'Etat de services complets de santé mentale tout en réduisant la capacité des patients à rémunérer eux-mêmes ces services.

La politique de santé mentale peut corriger partiellement les effets des déterminants environnementaux en satisfaisant les besoins particuliers des groupes vulnérables et en assurant la mise en place de stratégies de lutte contre l'exclusion. Etant donné que de nombreux déterminants macroéconomiques de la santé mentale relèvent de quasiment tous les ministères, le degré d'amélioration de la santé mentale de la population est aussi en partie déterminé par les politiques de ministères autres que celui de la santé. En d'autres termes, ceux-ci ont des domaines de compétence qui englobent certains facteurs à l'origine des troubles mentaux et du comportement et ils devraient donc assurer la responsabilité de certaines solutions.

La collaboration intersectorielle entre ministères est une condition fondamentale pour

**Tableau 4.2 Collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé mentale**

Secteur public	Occasions d'améliorer la santé mentale
Travail et emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement de travail positif : exempt de discrimination, conditions de travail acceptables, programmes d'aide aux employés</li> <li>• Embauche de personnes atteintes de maladie mentale grave</li> <li>• Politiques encourageant un haut niveau d'emploi, maintien des personnes au sein du personnel, aide aux chômeurs</li> </ul>
Commerce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques de réforme économique réduisant la pauvreté relative en plus de la pauvreté absolue</li> <li>• Analyse et atténuation des éventuelles répercussions négatives de la réforme économique sur le taux de chômage</li> </ul>
Education	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques permettant de prévenir l'érosion des effectifs avant la fin du secondaire</li> <li>• Politiques de lutte contre la discrimination dans les écoles</li> <li>• Intégration des compétences de base et des écoles respectueuses de l'enfant</li> <li>• Prise en compte des enfants ayant des besoins particuliers, par exemple souffrant de troubles de l'apprentissage</li> </ul>
Logement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositions donnant aux malades mentaux la priorité pour le logement</li> <li>• Création de structures d'hébergement</li> <li>• Prévention de la discrimination en matière d'emplacement des logements</li> <li>• Prévention de la ségrégation géographique</li> </ul>
Services d'aide sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une maladie mentale et sa gravité considérées comme facteurs de priorité pour les groupes bénéficiant d'avantages sociaux</li> <li>• Avantages accordés aux membres de la famille quand ils sont les principaux prestataires de soins</li> <li>• Formation des employés des services d'aide sociale</li> </ul>
Système de justice pénale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention de l'emprisonnement inapproprié des malades mentaux</li> <li>• Possibilité de traiter les troubles mentaux et du comportement dans les prisons</li> <li>• Réduction des conséquences de la détention sur la santé mentale</li> <li>• Formation du personnel de tout le système de justice pénale</li> </ul>

que les politiques de santé mentale tirent profit des grands programmes de l'Etat (voir le Tableau 4.2). En outre, une contribution du secteur de la santé mentale est nécessaire si l'on veut que toutes les activités et politiques gouvernementales favorisent ce domaine, ou du moins n'aillent pas à son encontre. Il faut analyser les politiques avant de les appliquer pour déterminer leurs conséquences éventuelles sur la santé mentale et faire en sorte que toutes tiennent compte des besoins et des problèmes propres aux malades mentaux. Quelques exemples sont présentés ci-après.

## TRAVAIL ET EMPLOI

L'environnement professionnel doit être exempt de toute forme de discrimination et de harcèlement sexuel. Il convient de définir des conditions de travail acceptables et de dispenser des services de santé mentale soit directement, soit indirectement dans le cadre de programmes d'aide aux employés. Les politiques doivent contribuer à développer au maximum les perspectives d'emploi pour l'ensemble de la population et la sécurité d'emploi des travailleurs, en raison surtout du lien entre la perte d'emploi et un risque accru de troubles mentaux et de suicides. Le travail devrait être un moyen de réintégrer les malades mentaux dans la communauté. Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ont des taux de chômage supérieurs à ceux des personnes souffrant d'incapacité physique. Par sa politique, un gouvernement peut fortement inciter les employeurs à embaucher des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et imposer une politique de lutte contre la discrimination. Dans certains pays, les employeurs sont tenus d'engager un pourcentage donné de personnes handicapées. S'ils ne le font pas, ils peuvent se voir infliger une amende.

## COMMERCE ET ÉCONOMIE

Certaines politiques économiques risquent de nuire aux pauvres ou d'entraîner une augmentation des troubles mentaux et des suicides. Un grand nombre des réformes économiques en cours dans les pays ont pour principal objectif la lutte contre la pauvreté. Du fait de l'association entre la pauvreté et une mauvaise santé mentale, on pourrait s'attendre à ce que ces réformes réduisent la fréquence des problèmes mentaux. Or ceux-ci sont liés non seulement au taux de pauvreté absolu, mais aussi à la pauvreté relative. Les impératifs de santé mentale sont clairs : l'atténuation des inégalités doit faire partie intégrante des stratégies destinées à élever le niveau absolu des revenus.

Une seconde difficulté résulte des conséquences négatives que la réforme économique peut avoir sur les taux de chômage. Dans de nombreux pays ayant entrepris une vaste restructuration économique, par exemple la Hongrie (Kopp et al., 2000) et la Thaïlande (Tangcharoensathien et al., 2000), la réforme a entraîné de forts taux de chômage parallèlement à une augmentation des troubles mentaux et des suicides. Toute politique économique impliquant une restructuration doit être évaluée en fonction de son impact potentiel sur les taux de chômage. Si elle risque d'avoir des conséquences négatives, elle devra être reconsidérée ou bien on mettra en place des stratégies destinées à minimiser son impact.

## ÉDUCATION

L'éducation est un important déterminant de la santé mentale. Etant donné qu'actuellement on s'attache surtout à augmenter le nombre d'enfants fréquentant jusqu'au bout l'école primaire, le principal risque pour la santé mentale découle probablement de lacunes au niveau du secondaire (par rapport à une scolarisation complète de 10 à 12 ans) (Patel, 2001). Les stratégies d'éducation doivent donc viser à prévenir le départ des élèves avant la fin de ce cycle. La pertinence du type d'instruction proposé, l'absence de discrimination à l'école et les besoins de certains groupes, tels que les enfants ayant des difficultés à apprendre, sont des questions qui doivent également être traitées.



## LOGEMENT

La politique du logement peut appuyer celle de la santé mentale en donnant la priorité aux malades mentaux dans les logements sociaux, en instaurant des systèmes de logements subventionnés et, si possible, en chargeant les autorités locales de créer toute une gamme d'infrastructures d'hébergement, comme les centres de postcure et les foyers de long séjour. Enfin et surtout, la législation du logement doit comprendre des dispositions qui empêchent la ségrégation géographique des malades mentaux; à cet effet, elle doit lutter contre toute discrimination lors de l'implantation et de l'attribution de logements et prévoir des structures de soins pour les malades mentaux.

## AUTRES SERVICES D'AIDE SOCIALE

La nature, l'éventail et l'importance des autres services sociaux, qui varient suivant les pays, dépendent en partie du niveau des revenus et de l'attitude générale de la communauté envers les groupes dans le besoin.

Les politiques concernant les prestations et services sociaux doivent comporter un certain nombre de stratégies. Premièrement, l'incapacité résultant de la maladie mentale doit être l'un des facteurs pris en compte lors de l'attribution d'un rang de priorité aux groupes bénéficiaires. Deuxièmement, ces prestations doivent aussi, dans certaines circonstances, être proposées aux familles qui ont la charge d'un membre atteint de troubles mentaux et du comportement. Troisièmement, les employés des divers services sociaux doivent posséder les connaissances et compétences nécessaires pour reconnaître et aider, dans le cadre de leur travail quotidien, les personnes présentant des problèmes de santé mentale; il faut notamment qu'ils puissent déterminer quand et comment adresser les cas les plus graves à un service spécialisé. Quatrièmement, les prestations et services sociaux doivent être mis à la disposition des groupes susceptibles d'être lésés par l'application d'une politique économique.

## SYSTÈME JUDICIAIRE

Les personnes atteintes de troubles mentaux et de comportement sont souvent en contact avec le système judiciaire. Les malades mentaux et les groupes vulnérables sont généralement surreprésentés dans les prisons, soit en raison d'une pénurie de services, soit parce que leur comportement trouble l'ordre public, soit encore pour d'autres raisons (délit lié à une toxicomanie, conduite en état d'ivresse, etc.). Il faut mettre en place des politiques visant à prévenir une incarcération injustifiée des malades mentaux et à faciliter leur transfert dans des centres de traitement. Il faudrait aussi assurer systématiquement à l'intérieur des prisons, quand l'incarcération est inévitable, le traitement des troubles mentaux et du comportement et les soins aux malades. Des normes internationales pour le traitement des prisonniers figurent dans l'Ensemble de Règles minima pour le Traitement des Détenus, où il est dit que « chaque établissement pénitentiaire doit disposer des services d'au moins un médecin qualifié, qui devrait avoir des connaissances en psychiatrie » (adopté en 1955 par le Premier Congrès des Nations Unies pour la Prévention du Crime et le Traitement des Délinquants et approuvé par le Conseil économique et social en 1957 et en 1977).

Il convient d'examiner la politique de détention des groupes vulnérables en tenant compte du risque accru de suicide et de prévoir une stratégie de formation destinée à améliorer les connaissances et compétences du personnel judiciaire, pour lui permettre de régler les problèmes posés par les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement.

## PROMOTION DE LA RECHERCHE

Notre connaissance des troubles mentaux et du comportement a beau progresser, de nombreuses variables qui influent sur la survenue des troubles mentaux, leur évolution et l'efficacité de leur traitement demeurent inconnues. Des alliances entre organismes de santé publique et établissements de recherche de différents pays faciliteront l'acquisition d'un savoir qui nous aidera à mieux connaître l'épidémiologie des troubles mentaux, ainsi que l'efficacité potentielle et réelle et la rentabilité des traitements, des services et des politiques.

### RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Des données épidémiologiques sont essentielles pour fixer les priorités en santé générale comme en santé mentale, ainsi que pour concevoir et évaluer les interventions de santé publique. Pourtant, on manque d'informations sur la prévalence et l'impact des principaux troubles mentaux et du comportement dans tous les pays, notamment les pays en développement. Il y a également défaut des études longitudinales sur l'évolution des principaux troubles mentaux et du comportement, ainsi que sur leur lien avec les déterminants psychosociaux, génétiques, économiques et environnementaux. L'épidémiologie figure parmi les principaux outils de sensibilisation, mais de nombreux pays n'ont pas les données nécessaires pour étayer leurs efforts de promotion de la santé mentale.

### RECHERCHE SUR LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT, DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION

On ne peut réduire l'impact des troubles mentaux et du comportement qu'en mettant au point des interventions efficaces et en les diffusant. Des recherches sont nécessaires pour développer des médicaments plus efficaces ayant une action spécifique et moins d'effets secondaires, pour améliorer les résultats des traitements psychologiques et comportementaux et celle des programmes de prévention et de promotion, et pour étudier leur rapport coût/efficacité. Il faut aussi approfondir nos connaissances pour savoir quels sont les traitements qui donnent les meilleurs résultats, seuls ou associés, et chez qui. L'observation d'un programme de traitement, de prévention ou de promotion pouvant influencer directement sur les résultats, il faut aussi chercher à comprendre ce qui la détermine : croyances, attitudes et comportements des patients et des prestataires, nature du trouble mental ou du comportement, complexité du protocole thérapeutique, système de prestation de services, y compris la disponibilité du traitement et son accessibilité économique, et enfin déterminants plus généraux de la santé et de la maladie mentales, tels que la pauvreté.

Nos connaissances sur l'efficacité potentielle et réelle de nombreuses interventions pharmacologiques, psychologiques et psychosociales sont encore très lacunaires. La *recherche sur l'efficacité potentielle* étudie l'impact d'une intervention dans des conditions expérimentales très strictes, tandis que la *recherche sur l'efficacité réelle* s'intéresse aux conséquences que peut avoir une intervention dans le contexte ou dans les conditions de sa mise en œuvre finale. Quand il existe déjà une base de connaissances sur l'efficacité potentielle des traitements, comme c'est le cas pour un certain nombre de psychotropes, les études sur l'efficacité réelle devraient être privilégiées. Outre ces deux types de recherche, il est urgent d'en entreprendre d'autres sur *l'application et la diffusion* où seront étudiés les facteurs susceptibles d'améliorer la mise en œuvre et l'utilisation d'interventions efficaces dans la communauté.

## RECHERCHE SUR LES POLITIQUES ET LES SERVICES

Dans de nombreux pays, les systèmes de santé mentale font actuellement l'objet de réformes majeures, notamment la désinstitutionnalisation, le développement de services à assise communautaire et l'intégration dans le système général de santé. Il est intéressant de noter que ces réformes ont été stimulées au départ par l'idéologie dominante, la mise au point de nouveaux modèles de traitement pharmacologique et psychothérapeutique, et l'idée que des traitements communautaires seraient plus rentables. Heureusement, un certain nombre d'études contrôlées ont démontré depuis l'efficacité de ces objectifs et permis d'établir une base de données, encore que la majorité des recherches aient été menées à ce jour dans les pays développés et que leur extrapolation aux pays en développement soit sujette à caution. Dans ces derniers, des recherches complémentaires sont nécessaires pour guider les activités de réforme.

Etant donné l'importance primordiale des ressources humaines pour les traitements et les services, la recherche doit aussi porter sur la formation requise pour les prestataires de services de santé mentale. Des recherches contrôlées permettraient de déterminer l'impact à long terme et l'efficacité relative des stratégies de formation en fonction du type de prestataires et du niveau du système de santé où ils travaillent.

Il faut encore entreprendre des recherches pour mieux connaître l'importance du rôle joué par le secteur informel et savoir dans quelle mesure, comment et de quelles manières son implication améliore ou non l'issue du traitement. Comment, par exemple, le personnel de santé primaire pourrait-il mieux collaborer avec les guérisseurs traditionnels afin d'améliorer l'accessibilité, le choix et la réussite du traitement des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement ? En outre, des recherches plus poussées permettraient de déterminer plus clairement les effets des différents types de décision sur l'accessibilité, l'équité et les résultats thérapeutiques, tant en général que pour les groupes les plus désavantagés. Elles pourraient porter par exemple sur le type de disposition contractuelle liant acheteurs et prestataires susceptibles d'améliorer la prestation des services de santé mentale et leurs résultats chez les patients, sur la façon dont les différents modes de remboursement des prestataires influencent l'accessibilité et l'utilisation des services de santé mentale, et sur les conséquences de l'intégration des budgets de santé mentale dans les systèmes généraux de financement.

## RECHERCHE ÉCONOMIQUE

Les évaluations économiques des stratégies de traitement, de prévention et de promotion fourniront des informations utiles pour étayer la planification et le choix des interventions. Quelques évaluations économiques d'interventions axées sur les troubles mentaux et du comportement (schizophrénie, troubles dépressifs et démence, par exemple) ont déjà été faites, mais elles sont plutôt rares et, là encore, l'écrasante majorité provient de pays industrialisés.

Il faudrait, dans tous les pays, poursuivre les recherches sur les coûts de la maladie mentale et soumettre les programmes de traitement, de prévention et de promotion à des évaluations économiques.

## RECHERCHE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ET COMPARAISONS TRANSCULTURELLES

Dans de nombreux pays en développement, la recherche scientifique sur la santé mentale, l'épidémiologie, les services, le traitement, la prévention, la promotion et la politique est nettement insuffisante. Or, sans une telle recherche, la sensibilisation, la planification et l'intervention ne peuvent pas reposer sur des bases rationnelles (Sartorius, 1998b, Okasha & Karam, 1998).

Bien que les problèmes et les services de santé mentale présentent certaines similitudes entre pays, leur contexte culturel peut être très différent. Tout comme les programmes, la recherche doit être adaptée à la culture locale. On ne doit pas importer d'un pays dans un autre des outils et des méthodes de recherche sans analyser soigneusement l'influence et l'impact des facteurs culturels sur leur fiabilité et leur validité.

L'OMS a mis au point un certain nombre d'outils et de méthodes de recherche transculturels, notamment l'Examen de la condition présente du patient (PSE), le Système d'évaluation clinique en neuropsychiatrie (SCAN), le Questionnaire composite international pour le diagnostic (CIDI), le *Self Reporting Questionnaire* (SRQ), l'*International Personality Disorder Examination* (IPDE), les Critères diagnostiques pour la recherche (RDC, tirés de la CIM-10), le *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL) et l'Echelle OMS pour l'évaluation d'une incapacité psychiatrique (WHODAS) (Sartorius & Janca, 1996). Il est cependant essentiel de perfectionner ces outils et d'en créer d'autres si l'on veut, grâce à des comparaisons internationales valables, mieux comprendre les points communs et les différences que présentent, d'une culture à l'autre, la nature des troubles mentaux et leur prise en charge.

L'expérience de ces 50 dernières années nous enseigne que la lutte contre les troubles mentaux ne fait pas intervenir seulement la santé publique, mais aussi la science et la politique. Ce que la science alliée à une bonne politique de santé publique peut réaliser, la politique peut le détruire. A l'inverse, si le contexte politique est favorable à la santé mentale, la science demeure indispensable pour mieux comprendre les causes complexes des troubles mentaux et améliorer leur traitement.

## CHAPITRE CINQ

# *La voie du progrès*

*Les gouvernements se doivent de donner la priorité à la santé mentale, mais de nombreux pays ont besoin d'une aide internationale pour adopter des programmes dans ce domaine. Les mesures à prendre dans chaque pays dépendront des ressources dont celui-ci dispose et de sa situation en matière de santé mentale. D'une manière générale, le rapport recommande : de soigner les troubles mentaux dans les structures de soins primaires; de veiller à ce que les psychotropes soient disponibles; de remplacer les grands établissements de type carcéral par des services communautaires assortis de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux et de soins à domicile; de mener des campagnes de sensibilisation pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination; d'associer les communautés, les familles et les consommateurs à la prise de décision concernant les politiques et les services; d'adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national; de former des professionnels de santé mentale; d'établir des liens entre la santé mentale et d'autres secteurs; de surveiller la santé mentale; et de soutenir la recherche.*

## 5

## LA VOIE DU PROGR...S

## OFFRIR DES SOLUTIONS EFFICACES

Il ressort de ce rapport que notre connaissance de la santé mentale et de son lien indissoluble avec la santé physique a beaucoup progressé. Dès lors, il est devenu non seulement souhaitable, mais possible d'aborder la santé mentale sous l'angle de la santé publique.

Le rapport indique également l'ampleur et l'impact des troubles mentaux : ils sont courants – ils frappent au moins un quart de la population à un moment ou à un autre de l'existence – et touchent toutes les sociétés. Il a attiré l'attention sur le fait qu'ils sont plus fréquents encore chez les pauvres, les personnes âgées, les victimes de conflits ou de catastrophes et les personnes atteintes d'une maladie physique, et qu'ils imposent aux malades et à leur famille un lourd fardeau en termes de souffrance humaine, d'incapacité et de coût économique.

On dispose d'armes efficaces contre les troubles mentaux. Grâce aux progrès des traitements médicaux et des thérapies psychosociales, on peut venir en aide à la plupart des malades et des familles. Certains troubles peuvent être prévenus; la plupart peuvent être soignés. Une politique et une législation éclairées, conjuguées à la formation des professionnels et à un financement suffisant et viable, peuvent contribuer à ce que les malades bénéficient des services dont ils ont besoin à tous les niveaux de soins.

Seuls quelques pays ont des ressources suffisantes en santé mentale. Certains n'en ont pratiquement pas. Déjà importantes pour les soins de santé en général, les inégalités entre pays et à l'intérieur des pays sont encore plus criantes pour les soins de santé mentale. Les citoyens, et surtout les riches, jouissent des meilleures conditions, tandis que de vastes populations n'ont pas accès aux services essentiels. Pour les malades mentaux, s'ajoutent très souvent des violations des droits de l'homme.

Il faut de toute évidence agir aux niveaux mondial et national pour remédier à ces problèmes.

Les recommandations faites ici s'appuient sur des données de deux types. Le premier est l'expérience acquise par de nombreux pays aux ressources plus ou moins importantes dans le développement des soins de santé mentale. Certains exemples ont déjà été cités dans les chapitres 3 et 4. Les informations tiennent compte du succès ou de l'échec d'initiatives prises dans toutes sortes de contextes, et pour la plupart appuyées par l'OMS.

Les autres éléments d'information pris en considération sont les résultats des travaux de recherche scientifique publiés aux niveaux international et national. Bien que la recherche opérationnelle sur l'instauration de services de santé mentale n'en soit qu'à ses débuts, plusieurs éléments font déjà ressortir les avantages que présente l'adoption d'un programme



de santé mentale. La plupart des travaux concernent les pays à revenu élevé, encore que, ces dernières années, certaines études aient porté sur les pays à faible revenu.

Les mesures recommandées peuvent avoir des retombées à plusieurs niveaux. L'offre de services aura pour effet direct d'atténuer les symptômes des troubles mentaux, d'alléger la charge imputable à l'ensemble de ces troubles en réduisant la mortalité (notamment par suicide) et les incapacités, et d'améliorer le fonctionnement et la qualité de vie des malades et de leurs familles. Le fait d'assurer des services en temps voulu peut également présenter des avantages économiques (par une productivité accrue), mais les données tendant à le prouver sont encore rares.

Il incombe aux pays de donner la priorité à la santé mentale dans leurs plans sanitaires et d'appliquer les recommandations ci-dessous. Nombre d'entre eux ont en outre besoin d'une aide internationale pour entreprendre des programmes de santé mentale. Les organismes d'aide au développement doivent leur apporter une assistance technique et un soutien financier.

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Le présent rapport fait dix recommandations d'ordre général.

### 1. TRAITER LES TROUBLES AU NIVEAU DES SOINS PRIMAIRES

La prise en charge et le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires est une mesure fondamentale qui permettra au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services. De fait, beaucoup de malades cherchent déjà de l'aide à ce niveau. Non seulement ils seront mieux soignés, mais on évitera les examens superflus ainsi que les traitements inadaptés ou non spécifiques. Pour cela, il faut enseigner au personnel de santé générale les compétences essentielles en matière de santé mentale. Une telle formation garantit un usage optimum du savoir actuel au profit du plus grand nombre et permet d'intervenir immédiatement. La santé mentale doit donc figurer au programme de la formation initiale et des cours de remise à niveau du personnel afin que les troubles mentaux soient mieux pris en charge par les services de santé générale.

### 2. RENDRE LES PSYCHOTROPES DISPONIBLES

Les psychotropes essentiels doivent être disponibles en permanence à tous les niveaux de soins. Ils doivent figurer sur la liste de médicaments essentiels de tous les pays et les meilleurs médicaments indiqués pour une affection donnée doivent être fournis chaque fois que possible. Certains pays devront modifier la loi en conséquence. Ces médicaments permettent d'atténuer les symptômes, de réduire les incapacités, d'écourter la durée de nombreux troubles et de prévenir les rechutes. Ils constituent souvent le traitement de première intention, surtout en l'absence d'interventions psychosociales et de personnel hautement qualifié.

### 3. SOIGNER DANS LA COMMUNAUTÉ

Les soins communautaires influent plus favorablement que le traitement en institution sur l'issue des troubles mentaux chroniques et sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Ils sont aussi plus économiques et plus respectueux des droits de l'homme. Les services de santé mentale doivent donc être assurés dans la communauté à l'aide de toutes les ressources disponibles. Les services à assise communautaire sont propices à une intervention précoce et limitent la stigmatisation associée au traitement. Les grands hôpitaux psychiatriques de type carcéral doivent être remplacés par des structures de soins communautaires qui, assorties de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux et d'une aide à

domicile, pourvoient à tous les besoins des malades autrefois pris en charge à l'hôpital. De telles structures nécessitent des agents de santé et des services de réadaptation au niveau local ainsi que des dispositifs d'aide d'urgence, d'hébergement et d'emploi protégé.

#### **4. EDUQUER LE GRAND PUBLIC**

Tous les pays devraient mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du grand public portant sur la santé mentale. Le but essentiel est de réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant l'opinion de la fréquence des troubles mentaux, des possibilités de traitement, des chances de guérison et des droits des malades. Il faut aussi faire largement savoir quelles sont les différentes options thérapeutiques et leurs avantages afin que la population, les professionnels, les médias, les décideurs et les politiciens aient une attitude éclairée. Un certain nombre de pays et d'organisations nationales et internationales ont déjà fait de cette mesure une priorité. Bien planifiées, les campagnes de sensibilisation et d'éducation peuvent faire reculer la stigmatisation et la discrimination, inciter les malades à utiliser les services de santé mentale et réduire l'écart entre santé mentale et santé physique.

#### **5. ASSOCIER LES COMMUNAUTÉS, LES FAMILLES ET LES CONSOMMATEURS**

Les communautés, les familles et les consommateurs doivent prendre part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés. En outre, les interventions doivent tenir compte de l'âge, du sexe, de la culture et de la condition sociale des personnes visées afin de répondre à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

#### **6. ADOPTER DES POLITIQUES, DES PROGRAMMES ET UNE LÉGISLATION AU NIVEAU NATIONAL**

Une action efficace et prolongée en santé mentale passe par l'adoption d'une politique, de programmes et d'une législation. Ceux-ci doivent reposer sur les connaissances actuelles et sur le respect des droits de l'homme. La plupart des pays doivent augmenter le budget actuellement modeste qu'ils consacrent aux programmes de santé mentale. Certains ont récemment adopté une politique et une législation, ou les ont modifiées, et progressé dans la mise en œuvre de leurs programmes de soins. La réforme de la santé mentale doit s'inscrire dans la réforme du système de santé en général. Afin de faciliter l'accès au traitement et de réduire la charge financière des soins, les régimes d'assurance-maladie ne doivent pas défavoriser les personnes atteintes de troubles mentaux.

#### **7. DÉVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES**

La plupart des pays en développement doivent intensifier et améliorer la formation des professionnels de santé mentale, qui dispenseront des soins spécialisés tout en soutenant les programmes de soins de santé primaires. Dans la plupart de ces pays, les spécialistes sont trop peu nombreux pour pouvoir assurer les services de santé mentale. Une fois formés, ils devraient être encouragés à rester dans leur pays à des postes où ils puissent mettre à profit leurs compétences. Le développement des ressources humaines est particulièrement important pour les pays qui ont actuellement peu de ressources. Les soins primaires offrent le cadre le mieux adapté aux soins initiaux, mais pour assurer une gamme plus complète de services, il faut des spécialistes. Dans l'idéal, les équipes spécialisées devraient se composer de professionnels de formation médicale et non médicale tels que psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers(ères) psychiatriques, travailleurs sociaux compétents en psychiatrie et ergothérapeutes, pouvant œuvrer ensemble pour dispenser des soins complets et intégrer les patients à la communauté.

## 8. ÉTABLIR DES LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Il faut faire en sorte que des secteurs autres que la santé, notamment ceux de l'éducation, du travail, de la protection sociale et de la justice, ainsi que les organisations non gouvernementales contribuent à améliorer la santé mentale des communautés. Les organisations non gouvernementales devraient jouer un rôle mieux défini et beaucoup plus préventif, et être encouragées à soutenir davantage les initiatives locales.

## 9. SURVEILLER LA SANTÉ MENTALE DES COMMUNAUTÉS

Il convient de surveiller la santé mentale des communautés en faisant figurer dans les systèmes d'information sanitaire et de notification des indicateurs qui renseignent à la fois sur le nombre de personnes touchées et sur la qualité des soins qu'elles reçoivent tout en donnant des chiffres d'ordre plus général sur la santé mentale des communautés. Une telle surveillance aide à dégager les tendances et à repérer les changements sanitaires dus à des événements extérieurs comme une catastrophe. Elle sert à évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement et fournit des arguments pour obtenir des ressources supplémentaires. De nouveaux indicateurs sur la santé mentale des communautés sont nécessaires.

## 10. SOUTENIR LA RECHERCHE

De nouveaux travaux de recherche s'imposent sur les aspects biologiques et psychosociaux de la santé mentale si l'on veut mieux appréhender les troubles mentaux et mettre au point des interventions plus efficaces. Ces travaux devraient être effectués dans un vaste contexte international afin de comprendre les variations entre communautés et de se faire une idée plus précise des facteurs qui influent sur l'apparition, l'évolution et l'issue des troubles mentaux. Il est urgent de renforcer le potentiel de recherche des pays en développement.

# MESURES À PRENDRE EN FONCTION DES RESSOURCES

Bien que de portée générale, la plupart des recommandations ci-dessus peuvent paraître trop ambitieuses par rapport aux ressources de nombreux pays. Mais chacun devrait pouvoir y trouver son compte. C'est dans ce souci qu'ont été imaginés trois scénarios qui éclaireront notamment les pays en développement sur ce qu'il est possible de faire avec des ressources limitées. Ils pourront s'en servir pour prendre des mesures concrètes. Les scénarios sont censés s'appliquer aux pays comme à différents groupes de population en leur sein, étant entendu qu'il existe des zones ou des groupes défavorisés dans tous les pays, même dans ceux qui sont les mieux pourvus en ressources et services.

## SCÉNARIO A (FAIBLE VOLUME DE RESSOURCES)

Ce scénario s'applique surtout aux pays à faible revenu où les ressources en santé mentale sont inexistantes ou très limitées. Les pays concernés n'ont pas de politique, de programmes ou de législation dans ce domaine, ou alors ils sont archaïques et mal appliqués. Les fonds publics consacrés à la santé mentale sont infimes et représentent souvent moins de 0,1% du budget total de la santé. Il n'y a ni psychiatres ni infirmiers(ères) psychiatriques, ou quelques-uns seulement pour un nombre considérable d'habitants. Si tant est qu'ils existent, les services spécialisés sont regroupés dans de grands hôpitaux psychiatriques qui dispensent des soins de type asilaire plutôt que des soins de santé mentale et comptent généralement moins d'un lit pour 10 000 habitants. Il n'y a pas de services de santé mentale au niveau des soins de santé primaires ou communautaires et les psychotropes essen-

tiels sont rarement disponibles. Il n'est pas tenu compte de la santé mentale dans les systèmes de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire.

Ce scénario est essentiellement celui des pays en développement, mais, dans nombre de pays à revenu élevé, les populations rurales ou autochtones et d'autres groupes n'ont pas accès aux services essentiels de santé mentale. En bref, l'intérêt porté à la santé mentale est faible et les services sont rares.

Que faire dans de telles circonstances ? Même s'ils n'ont que très peu de ressources, les pays peuvent dès à présent adopter pour principe que la santé mentale fait partie intégrante de la santé en général et commencer à intégrer les services essentiels de santé mentale aux soins primaires. Une telle réforme n'est pas nécessairement coûteuse et serait optimisée par la mise à disposition des médicaments essentiels utilisés en neuropsychiatrie et par la formation continue de tout le personnel de santé générale.

### SCÉNARIO B (VOLUME MOYEN DE RESSOURCES)

Les pays auxquels s'applique ce scénario ont des ressources en santé mentale tels des centres de traitement dans les grandes villes ou des programmes pilotes de soins communautaires, mais leur volume est insuffisant pour offrir ne serait-ce que les services essentiels à l'ensemble de la population. Les pays visés ont généralement une politique, des programmes et une législation en matière de santé mentale, mais ne les appliquent pas complètement. L'Etat consacre moins de 1 % du budget de la santé à la santé mentale. Les professionnels spécialisés tels que psychiatres et infirmiers(ères) psychiatriques sont en nombre insuffisant pour desservir la population. La majorité des prestataires de soins primaires n'ont pas reçu de formation en santé mentale. Les services spécialisés comptent moins de 5 lits pour 10 000 habitants et sont généralement regroupés dans de grands hôpitaux psychiatriques. Les structures de soins primaires ne sont guère en mesure de fournir des médicaments psychotropes comme de traiter les principaux troubles, et les programmes communautaires sont rares. Les seuls renseignements que fournissent les systèmes d'information sanitaire concernent les admissions en hôpital psychiatrique et les sorties. Pour résumer, la santé mentale est considérée comme de moyenne importance et les soins sont moyennement accessibles.

Les pays concernés devraient dès à présent étendre leurs services de santé mentale à l'ensemble de la population en formant l'intégralité du personnel de santé aux soins essentiels, en mettant les médicaments utilisés en neuropsychiatrie à la disposition de toutes les structures de santé et en adoptant une politique regroupant l'ensemble des activités entreprises à ces fins. Ils devraient se mettre en devoir de fermer les hôpitaux de type carcéral et de construire des structures de soins communautaires. La santé mentale peut aussi être abordée sur le lieu de travail et à l'école.

### SCÉNARIO C (VOLUME IMPORTANT DE RESSOURCES)

Ce scénario vaut principalement pour les pays industrialisés où le volume de ressources consacrées à la santé mentale est plutôt important. La politique, les programmes et la législation en matière de santé mentale sont appliqués de manière relativement efficace. La part du budget de la santé allouée à la santé mentale atteint 1 % ou plus et le personnel spécialisé est en nombre suffisant. En outre, la plupart des prestataires de soins primaires reçoivent une formation en santé mentale. Des mesures sont prises pour dépister et traiter les principaux troubles au niveau des soins primaires, même si, dans la pratique, la couverture laisse parfois à désirer. Les services spécialisés sont plus complets, mais il arrive que la majorité d'entre eux soient encore situés dans des hôpitaux psychiatriques. Les psychotropes s'obtiennent sans difficulté et les services à assise communautaire sont généralement accessibles. Les systèmes d'information sanitaire tiennent compte de la santé mentale même s'ils n'enregistrent que quelques indicateurs seulement.

Tableau 5.1 Mesures minimales en faveur de la santé mentale en application des recommandations générales

Dix recommandations générales	Scénario A: Faible volume de ressources	Scénario B: Volume moyen de ressources	Scénario C: Volume important de ressources
1. Traiter les troubles au niveau des soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire de la santé mentale l'une des composantes des soins de santé primaires</li> <li>Enseigner à tous les personnels de santé à reconnaître et traiter les troubles courants</li> <li>Procéder à une remise à niveau des médecins dispensant les soins primaires (couverture d'au moins 50 % en cinq ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre au point des matériels de formation adaptés au contexte local</li> <li>Procéder à une remise à niveau des médecins dispensant les soins primaires (couverture de 100 % en cinq ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une prise en charge plus efficace dans les structures de soins primaires</li> <li>Améliorer les dispositifs d'orientation-recours</li> </ul>
2. Rendre les psychotropes disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre 5 médicaments essentiels à la disposition de toutes les structures de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre tous les psychotropes essentiels à la disposition de toutes les structures de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter l'accès aux nouveaux psychotropes dans le cadre de plans thérapeutiques établis par des services publics ou privés</li> </ul>
3. Soigner dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire sortir de prison les personnes atteintes de troubles mentaux</li> <li>Réduire la taille des hôpitaux psychiatriques et améliorer les soins qui y sont dispensés</li> <li>Créer des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux</li> <li>Offrir des structures de soins communautaires (couverture d'au moins 20 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fermer les établissements psychiatriques de type carcéral</li> <li>Entreprendre des projets pilotes d'intégration de la santé mentale aux soins de santé générale</li> <li>Offrir des structures de soins communautaires (couverture d'au moins 50 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fermer les derniers établissements psychiatriques de type carcéral</li> <li>Créer d'autres structures d'accueil</li> <li>Offrir des structures de soins communautaires (couverture de 100 %)</li> <li>Dispenser des soins communautaires personnalisés aux personnes atteintes de troubles graves</li> </ul>
4. Eduquer le grand public	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager les campagnes publiques contre la stigmatisation et la discrimination</li> <li>Aider les organisations non gouvernementales à éduquer le public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les médias pour promouvoir la santé mentale, stimuler une attitude positive et contribuer à la prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener des campagnes auprès du public pour le dépistage et le traitement des troubles courants</li> </ul>
5. Associer les communautés, les familles et les consommateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager la formation de groupes d'entraide</li> <li>Financer des projets d'organisations non gouvernementales et des initiatives en faveur de la santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que les communautés, les familles et les consommateurs soient représentés dans les services et dans la prise de décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager les initiatives de sensibilisation</li> </ul>
6. Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réviser la législation à la lumière des connaissances actuelles et des droits de l'homme</li> <li>Formuler des programmes et une politique de santé mentale</li> <li>Augmenter le budget consacré aux soins de santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopter des politiques de lutte contre la drogue et l'alcool aux niveaux national et infranational</li> <li>Augmenter le budget consacré aux soins de santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir un financement équitable des soins, assurance comprise</li> </ul>
7. Développer les ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former des psychiatres et des infirmiers(ères) psychiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Créer des centres nationaux de formation des psychiatres, des infirmiers(ères) psychiatriques, des psychologues et des travailleurs sociaux compétents en psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former un personnel spécialisé hautement qualifié</li> </ul>
8. Etablir des liens avec d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopter des programmes de santé mentale au travail et à l'école</li> <li>Encourager les activités des organisations non gouvernementales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les programmes de santé mentale au travail et à l'école</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir des structures spéciales pour malades mentaux à l'école et sur le lieu de travail</li> <li>Adopter des programmes de promotion de la santé mentale fondés sur des observations scientifiques et menés en collaboration avec d'autres secteurs</li> </ul>
9. Surveiller la santé mentale des communautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre en compte les troubles mentaux dans les principaux systèmes d'information sanitaire</li> <li>Faire des enquêtes sur les groupes de population à haut risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instaurer la surveillance de troubles déterminés dans la communauté (dépression, par exemple)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre au point des systèmes perfectionnés de surveillance de la santé mentale</li> <li>Contrôler l'efficacité des programmes de prévention</li> </ul>
10. Soutenir la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au niveau des soins primaires, faire des études sur la prévalence, l'évolution, le pronostic et l'impact des troubles dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entreprendre des études sur l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la prise en charge des troubles courants dans les structures de soins primaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pousser plus loin la recherche sur les causes des troubles</li> <li>Faire des recherches sur la prestation de services</li> <li>Réunir des preuves sur la prévention des troubles</li> </ul>

Même dans ces pays, de nombreux obstacles bloquent l'accès aux services. Les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles ne sont pas à l'abri de la stigmatisation et de la discrimination. Les assurances ne couvrent pas les maladies mentales autant que les maladies physiques.

La première mesure qui s'impose est de sensibiliser l'opinion publique afin surtout de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Il faut ensuite inclure les médicaments et les interventions psychosociales les plus modernes dans les soins courants, puis développer les systèmes d'information sanitaire, et, enfin, entreprendre des recherches ou les pousser plus loin pour déterminer le rapport coût/efficacité des interventions, réunir des preuves sur la prévention des troubles mentaux et mieux connaître les causes de ces troubles.

Le Tableau 5.1 résume les mesures minimales recommandées selon les trois scénarios. On part du principe que les pays auxquels s'appliquent les scénarios B et C ont déjà pris les mesures du scénario A et que les pays ayant un volume important de ressources cumulent toutes les précédentes.

Le présent rapport tient compte du fait que, dans tous les scénarios, les mesures ne porteront parfois leurs fruits que longtemps après avoir été engagées. Raison de plus pour encourager les pays à prendre sans attendre des dispositions en vue d'améliorer la santé mentale de leur population. Pour les pays les plus démunis, les premières mesures sont certes modestes mais utiles. Pour les riches comme pour les pauvres, le bien-être mental est aussi important que la santé physique. Tous ceux qui souffrent de troubles mentaux ont des raisons d'espérer; il est du devoir des gouvernements de faire de cet espoir une réalité.



## RÉFÉRENCES

- Abas MA, Broadhead JC** (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, **27**: 59–71.
- Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A** (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, **25**: 59–68.
- Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED** (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, **171**: 524–529.
- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W** (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, **178**: 145–153.
- Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K** (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **29**: 124–132.
- Artaud A** (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous. Paris (France), *La Révolution Surréaliste*, N° 3.
- Awas M, Kebede D, Alem A** (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl 397): 56–64.
- Baingana F** (1990). Communication personnelle.
- Banque mondiale** (1993). *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale.
- Banque mondiale** (1999). *Maîtriser l'épidémie : L'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, Banque mondiale.
- Batra A** (2000). Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **68** (2): 80–92.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazzotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P** (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **49**(9): 681–689.
- Beers C** (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.
- Berke J, Hyman SE** (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, **25**: 515–532.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G** (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**: 587–595.
- Bodekar G** (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, **322**(7279): 164–167.
- Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1389–1392.

- Bowles JR** (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. Dans : Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden (Pays-Bas), Brill: 173–206.
- Brookmeyer R, Gray S** (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, **19**(11–12): 1481–1493.
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK** (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241–258.
- Butcher J** (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328): 1331.
- Butzlaff RL, Hooley JM** (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547–552.
- Caldwell CB, Gottesman II** (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571–589.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P** (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791–1796.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS** (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581–588.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE** (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278–3285.
- Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP** (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606–612.
- Collins D, Lapsley G** (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra (Australie), Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).
- Collins PY, Adler FW, Boero M, Susser E** (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 3–16.
- Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E** (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 17–24.
- Conolly J** (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Londres (Royaume-Uni), Smith, Elder & Co.
- Cooper PJ, Murray L** (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884–1886.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM** (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129–1136.
- Cottraux J** (1993). Behaviour therapy. Dans : Sartorius N, De Giralamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Genève, Organisation mondiale de la Santé : 199–235.
- Cuajungco MP, Lees GJ** (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219–236.
- Czerner TB** (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. New York, John Wiley & Sons.
- Delange F** (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75–79.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A** (1995). World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press.
- Dill E, Dill C** (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, **3**(4): 407–428.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW** (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101–2107.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A** (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5–20.
- Dixon LB, Lehman AF** (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631–643.
- Dixon LB, Lehman AF, Levine J** (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 567–577.

- Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T** (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, **57**(5): 705–715.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH** (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, troisième édition. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press.
- El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY** (1996) Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2**: 482–493.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G** (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, **54**: 30–36.
- Erickson MF** (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, **3**: 14–15.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L** (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, **150**: 285–292.
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge (FICR)** (2000). *World disasters report[Rapport sur les catastrophes dans le monde]*. Genève, Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge (résumé en français).
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD** (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, **337**(8738): 406–409.
- Ferketich AK, Schwartbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML** (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9): 1261–1268.
- Fraser SFH, McGrath, St Hjohn D** (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, **321**: 465–466.
- Gallagher SK, Mechanic D** (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, **42**(12): 1691–1701.
- Gallegos A, Montero F** (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, **28**: 25–30.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W** (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, **30**(2): 369–380.
- Girolomo G de, Cozza M** (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 197–214.
- Gittelman M** (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, **27**: 3–17.
- Goff DC, Henderson DC, Amico D** (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1189–1194.
- Gold JH** (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **186**(12): 769–775.
- Goldberg DP, Lecrubier Y** (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. Dans : Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé] : 323–334.
- Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB** (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, **47**: 203–211.
- Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V** (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**: 352–357.
- Goodman E, Capitman J** (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, **106**(4): 748–755.
- Goodwin FK, Jamison KR** (1990). Suicide, in manic-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227–244.
- Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G** (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, **173**: 166–171.
- Graham P, Orley J** (1998). L'OMS et la santé mentale des enfants. *Forum mondial de la Santé*, **19** (3): 273–277.

- Griffiths K, Christensen H** (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, **321**: 1511–1515.
- Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS** (1995). Results from the Ibadan centre. Dans : Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé] : 157–173.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R** (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147–151.
- Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M** (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta (Indonésie), Program for Appropriate Technology in Health.
- Harnois G, Gabriel P** (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harpham T, Blue I** (1995). Urbanization and mental health in developing countries. Aldershot (Royaume-Uni), Avebury.
- Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J** (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, **5**: 443–450.
- Harwood H, Fountain D, Livermore G** (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Rockville, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98–4327).
- Hauenstein EJ, Boyd MR** (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health*, **21**(2/3): 105–123.
- Heather N** (1995). *Le traitement des problèmes d'alcool. Plan d'action européen contre l'alcoolisme*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé (OMS, Publications régionales, Série européenne, N° 65).
- Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB** (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, **284**(5): 592–597.
- Hoge MA, Davidson L, Griffith EEH, Jacobs S** (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health*, **27**: 52–71.
- Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA** (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 993–997.
- Hyman SE** (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, **28**: 321–323.
- ILAE/IBE/OMS** (2000). *Global campaign against epilepsy*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Indian Council of Medical Research (ICMR)** (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi (Inde), Indian Council of Medical Research (données non publiées).
- International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN)** (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manille (Philippines), International Network of Clinical Epidemiologists.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A** (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, **20** (Suppl).
- Jaffe JH** (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol*, Volume 1. New York, Simon and Schuster.
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S** (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO [Consommation d'alcool et santé publique : rôle de l'OMS dans l'élaboration d'une politique mondiale de lutte contre l'alcoolisme]. *Bulletin of the World Health Organization*, **78** (4): 491–499 (résumé en français).
- Katona C, Livingston G** (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, **356**: 91.
- Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodzinski J, Fligner C, Hackman BB** (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, **327**: 467–472.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8–19.

- Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R** (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, **53**(11): 1209–1218.
- Kilonzo GP, Simmons N** (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, **47**: 419–428.
- Klein N** (1999). No logo: taking on the brand bullies. New York, Picador.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J** (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. Dans : Dohrenwend BP. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press: 235–284.
- Kopp MS, Skrabski A, Szedmark S** (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, **51**: 1351–1361.
- Kuipers L, Bebbington PE** (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness*. Oxford (Royaume-Uni), Heinemann Medical.
- Kulhara P, Wig NN** (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, **132**: 186–190.
- Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH** (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, **284**: 2606–2610.
- Leavell HR, Clark HG** (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, troisième édition. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Leff J, Gamble C** (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **24**: 76–88.
- Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A** (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **151**: 166–173.
- Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project** (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1): 1–10.
- Leon DA, Shkolnikov VM** (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 790–791.
- Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F** (1994). *L'imresa sociale*. Milan (Italie), Anabasi.
- Leshner AI** (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**(5335): 45–47.
- Lester D** (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. Dans : Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden (Pays-Bas), Brill: 163–172.
- Lester D, Murrell ME** (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, **137**: 121–122.
- Levav I, Gonzalez VR** (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 83–86.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA** (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**: 133–144 (erratum, **102**: 517).
- Lewis DA, Lieberman JA** (2000). Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*, **28**: 325–334.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen A, Aro H** (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**: 178–184.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE** (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **23**(5): 618–623.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **18**(8): 1133–1139.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, **59**(3): 241–250.



- McGorry PD** (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34** (suppl.): 145–149.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD** (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, **284**(13): 1689–1695.
- Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabirom B, Luabeya M, Riedel R, Ndeti D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N** (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 39–49.
- Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabirom B, Mussa M, Naber D, Dnetei D, Schulte G, Sartorius N** (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 51–61.
- Management Sciences for Health** (from 2001, in collaboration with WHO). *International drug price indicator guide*. Arlington, Virginie (Etats-Unis d'Amérique), Management Sciences for Health.
- Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srindharan VS, Subbakrishna DK** (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, **357**: 1316–1320.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der** (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, **317**: 111–115.
- Mendlowicz MV, Stein MB** (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**(5): 669–682.
- Merkel PE** (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, **136**: 257–270.
- Mishara BL, Ystgaard M** (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, **21**(1): 4–7.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B** (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**(21): 1725–1731.
- Mohit A** (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Mohit A, Saeed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH** (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S** (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**: 317–332.
- Mubbashar MH** (1999). Mental health services in rural Pakistan. Dans : Tansella M, Thornicroft G. *Common mental disorders in primary care*. Londres (Royaume-Uni), Routledge.
- Murray CJL, Lopez AD** (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
- Murray CJL, Lopez AD** (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
- Murray CJL, Lopez AD** (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498–1504.
- Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69–82.
- Mynors-Wallis L** (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249–262.
- Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press [pour la Banque mondiale].
- National Human Rights Commission** (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi (Inde), National Human Rights Commission of India.
- New Mexico Department of Health** (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at \$51 million*. New Mexico Department of Health (Communiqué de presse, 16 janvier 2001).
- Newman SC, Bland RC, Orn HT** (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910–914.



- NIDA (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No.00-4180).
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793-800.
- O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458-481.
- Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406-413.
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2000). Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (document non publié ONUSIDA/00.13F).
- OPS (1991). Déclaration de Caracas, 1990. *Recueil international de législation sanitaire*, **42**(2): 361-363.
- Organisation des Nations Unies (1957; 1977). *Application de l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus aux personnes arrêtées ou incarcérées sans avoir été inculpées*. New York, Nations Unies (résolution de l'ECOSOC 663C (XXIV); résolution de l'ECOSOC 2076 (LXII)).
- Organisation des Nations Unies (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York, Nations Unies, Résolution de l'Assemblée générale (document A/RES/44.25). Disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://www.un.org/french/documents/resga.htm>
- Organisation des Nations Unies (1991). *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale*. New York, Nations Unies, Résolution de l'Assemblée générale (document A/RES/46.119). Disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://www.un.org/french/documents/resga.htm>
- Organisation mondiale de la Santé (1975). *Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement. Seizième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 564).
- Organisation mondiale de la Santé (1988). *Benzodiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlin (Allemagne), Springer-Verlag.
- Organisation mondiale de la Santé (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié WHO/MNH/MEP/89.7).
- Organisation mondiale de la Santé (1990). *WHO child care facility schedule*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document non publié WHO/MNH/PSF/90.3).
- Organisation mondiale de la Santé (1992). *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (1993a). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision, 1993 (CIM-10). Vol. 1: Table analytique. Vol. 2: Manuel d'utilisation. Vol. 3: Index alphabétique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (1993b). *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Masson, Paris.
- Organisation mondiale de la Santé (1993c). *Essential treatments in psychiatry*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document non publié WHO/MNH/MND/93.26).
- Organisation mondiale de la Santé (1994). Statistiques des causes de décès et du mouvement de la population, systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et autres sortes d'informations. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1993*. Section A/B-3: Chine: 11-17.
- Organisation mondiale de la Santé (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document non publié WHO/MNH/MND/96.2).
- Organisation mondiale de la Santé (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, **86**: 948-955.
- Organisation mondiale de la Santé (1997a). *Violence against women/La violence contre les femmes*. Geneva, World Health Organization, Family and Reproductive Health, Women's Health and Development Programme/Genève, Organisation mondiale de la Santé, Santé de la Famille et Santé reproductive, Femmes, Santé et Développement, (unpublished document/document non publié WHO/FRH/WHO/97.8).

- Organisation mondiale de la Santé** (1997b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document non publié WHO/MSA/NAM/97.3).
- Organisation mondiale de la Santé** (1998). *Comité OMS d'Experts de la pharmacodépendance. Trentième rapport*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (OMS, Série de Rapports techniques, N° 873).
- Organisation mondiale de la Santé** (1999). *Global status report on alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document non publié WHO/HSC/SAB/99.11).
- Organisation mondiale de la Santé** (2000a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document de travail non publié WHO/GHW).
- Organisation mondiale de la Santé** (2000b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié WHO/MSD/MHP/00.1).
- Organisation mondiale de la Santé** (2000c). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un service de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé** (2001). *Ressources pour la santé mentale dans le monde. Premiers résultats du projet ATLAS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (Aide-Mémoire N° 260, avril 2001).
- Orley J, Keyken W** (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Bâle (Suisse), Springer-Verlag.
- Orley J, Saxena S, Herrman H** (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291-293.
- Pai S, Kapur RL** (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, **12**: 651-658.
- Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B** (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, **351**(9095): 19-23.
- Patel A, Knapp MRJ** (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, **5**: 4-10.
- Patel V** (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. Dans : Leon D, Walt G. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press: 247-261.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C** (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, **49**: 1461-1471.
- Paykel ES** (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **377** (Suppl): 50-58.
- Pearson V** (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, **38**: 163-178.
- Pearson V** (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, **41**(8): 1159-1173.
- Pharaoh FM, Marij J, Streiner D** (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, Issue 1: 1-36.
- Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS** (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, **7**(3): 373-378.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA** (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, **156**(10): 1590-1595.
- Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C** (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, **321**(7256): 263-266.
- Rashliesel J, Scott K, Dixon L** (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, **50**(11): 1427-1434.
- Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Vissner BR** (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, **13**(4): 299-307.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ** (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* **45**: 977-986.
- Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM** (1995). Results from the Ankara centre. Dans : Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé] : 39-55.

- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, **12**(2): 164–176.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, **106**(3): 280–292.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Rockville, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90–1694).
- Riley L, Marshall M (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié WHO/HSC/SAB/99.9).
- Rosenbaum JF, Hylan TR (1999). Costs of depressive disorders. Dans : Maj M, Sartorius N. *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. New York, John Wiley & Sons: 401–449.
- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1609–1611.
- Rossow I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, **27**(3): 397–334.
- Rutz W, Knorrung L, Walinder, J (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **85**: 83–88.
- Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7–9.
- Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303–309.
- Saraceno B, Barbui C (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285–290.
- Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.
- Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058–1059.
- Sartorius N (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345–347.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909–928.
- Sartorius N, Janca A (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55–69.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913–919.
- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 1121–1127.
- Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS (2001). Le traitement de l'épilepsie dans les pays en développement : quelles pistes pour demain ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2001, **5** (en préparation).
- Senanayake N, Román GC (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries [Epidémiologie de l'épilepsie dans les pays en développement]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **71**(2): 247–258 (résumé en français).
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865–877.
- Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029–1046.
- Spagna ME, Cantwell DP, Baker L (2000). Reading disorder. Dans : Sadock BJ, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins: 2614–2619.

- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E** (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**(8668): 888–891.
- Srinivasa Murthy R** (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.
- Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V** (1990). Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414–417.
- Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M** (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132–138.
- Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R** (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262–271.
- Summerfield D** (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322** (7278): 95–98.
- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A** (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl): 92–97.
- Talbott, JA** (1999). The American experience with managed care \_ how Europe can avoid it. Dans : Guimon J, Sartorius N. *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. New York, Kluwer.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V** (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789–807.
- Tansella M, Thornicroft G.** (1999). *Common mental disorders in primary care*. Londres (Royaume-Uni), Routledge.
- Thara R, Eaton WW** (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**(4): 516–522.
- Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW** (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **90**: 344–351.
- Thornicroft G, Sartorius N** (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, **23**: 1023–1032.
- Thornicroft G, Tansella M** (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié).
- Tomov T** (1999). Central and Eastern European countries. Dans : Thornicroft G, Tansella G. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press: 216–227.
- True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Heath AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M** (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, **56**: 655–661.
- UK700 Group** (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **175**: 426–432.
- Upanne M, Hakanen J, Rautava M** (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992–1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijervi (Finlande), Stakes.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General – Executive summary*. Rockville, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Department of Health and Human Services, US Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), US Department of Health and Human Services.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group** (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, **354**(9173): 111–115.
- Üstün TB, Sartorius N** (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé].

- Vijayakumar L (2001). Communication personnelle.
- Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, **23**(23): 2608–2615.
- Vos T, Mathers CD (2000). The Burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study [La charge de morbidité des troubles mentaux : comparaison entre les méthodes employées dans les études australiennes et dans l'étude sur la charge de morbidité dans le monde]. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(4): 427–438 (résumé en français).
- Vroublevsky A, Harwin J (1998). Russia. Dans : Grant M. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Brunner Mazel: 203–223.
- Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**: 427–433.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farelly S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1381–1388.
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23**: 315–326.
- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3–14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **77**: 290–296.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 403–417.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders [Comparaisons transnationales de la prévalence et des variables corrélées des troubles mentaux : étude de l'ICPE]. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(4): 413–426 (résumé en français).
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Preliminary results (2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, **12**: 274–283.
- Williams DR, Williams-Morris, R (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, **5**(3/4): 243–268.
- Winefield HR, Harvey EJ (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **20**(3): 557–566.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Londres (Royaume-Uni), Cambridge University Press.
- Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1583–1589.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, **28**: 109–126.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). *British Journal of Psychiatry*, **159**: 645–653.
- Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, **14**(2): 121–124.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 1818–1823.
- Zimmerman M, McDermut W, Mattia JJ (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **157**: 1337–1340.



## *Annexe statistique*

*Les tableaux de la présente annexe présentent des informations actualisées sur l'impact de la morbidité, ainsi que des mesures synthétiques de la santé des populations dans les Etats Membres et Régions de l'OMS pour l'an 2000. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le rapport sur la santé dans le monde. Comme pour toute approche novatrice, les méthodes et sources de données peuvent être affinées et améliorées. On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer la performance dans les futurs rapports sur la santé dans le monde. Tous les principaux résultats sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure. Lorsque les données sont présentées par pays, les estimations initiales obtenues par l'OMS et certaines explications techniques ont été adressées aux Etats Membres pour recueillir leurs observations. Ces observations et les données obtenues en retour ont fait l'objet de discussions avec les Etats Membres et ont été dans la mesure du possible introduites dans le Rapport. Il reste que les estimations données ici doivent toujours être considérées comme les meilleures estimations de l'OMS, et non comme l'expression du point de vue officiel des Etats Membres.*



# ANNEXE STATISTIQUE

## NOTES EXPLICATIVES

Les tableaux de la présente annexe présentent des informations actualisées sur l'impact de la morbidité, ainsi que des mesures synthétiques de la santé des populations dans les Etats Membres et Régions de l'OMS pour l'an 2000. Les travaux qui ont permis d'établir les tableaux de cette annexe ont été entrepris principalement par le Programme mondial OMS pour les bases factuelles à l'appui des politiques de santé et le Département Administration générale et financement de la santé en collaboration avec les services correspondants des bureaux régionaux de l'OMS. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le rapport sur la santé dans le monde. On a élaboré des documents de travail expliquant les concepts, les méthodes et les résultats qui ne sont que brièvement mentionnés ici. Les références bibliographiques qui accompagnent les présentes notes donnent une liste complète des documents de travail.

Comme pour toute approche novatrice, les méthodes et sources de données peuvent être affinées et améliorées. On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer la performance dans les futurs rapports sur la santé dans le monde. Tous les principaux résultats sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure. Lorsque les données sont présentées par pays, les estimations initiales obtenues par l'OMS et certaines explications techniques ont été adressées aux Etats Membres pour recueillir leurs observations. Ces observations et les données obtenues en retour ont fait l'objet de discussions avec les Etats Membres et ont été dans la mesure du possible introduites dans le Rapport. Il reste que les estimations données ici doivent toujours être considérées comme les meilleures estimations de l'OMS, et non comme l'expression du point de vue officiel des Etats Membres.

### TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Pour évaluer les résultats sanitaires d'ensemble, il est essentiel d'affiner la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration de nouvelles tables de mortalité pour les 191 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement des échantillons, de laboratoires démographiques et d'enregistrements démographiques sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et de la mortalité des adultes.<sup>1</sup> Cet examen a largement tiré profit des travaux de l'UNICEF sur la mortalité infantile<sup>2</sup> et du United States Census Bureau sur la mortalité générale,<sup>3</sup> ainsi que des évaluations démographiques pour 2000 de la Division de la Population de l'ONU.<sup>4</sup> Toutes les estimations de la taille et de la structure de la population en 2000 sont fondées sur l'évaluation démographique concernant l'an 2000 établie par la Division de la Population de l'ONU. Ces estimations se réfèrent à la population résidente effective et non à la population résidente légale dans chaque Etat Membre. Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de la maladie, on a divisé les 191 Etats Membres en cinq strates de mortalité sur la base du niveau de la mortalité des enfants (5q0) et des adultes de sexe masculin (45q15). La matrice définie pour les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité a permis d'obtenir 14 sous-régions (toutes les strates de mortalité n'étant pas représentées dans chaque Région). Ces sous-régions sont utilisées dans les Tableaux 2 et 3 pour la présentation des résultats.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logistique à deux paramètres basé sur une norme mondiale, avec des paramètres additionnels en fonction de l'âge, de manière à corriger les erreurs systématiques auxquelles donne lieu l'utilisation d'un système à deux paramètres.<sup>5</sup> Ce système a été large-

ment utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil, ainsi que pour leur projection sur 2000 lorsque les données disponibles les plus récentes correspondent à des années antérieures. Des détails sur les méthodes, données et résultats par pays de cette analyse des tables de mortalité sont donnés dans le document technique correspondant.<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la Santé utilise une méthode standardisée pour les estimations et projections des tables de mortalité de tous les Etats Membres qui ont des données comparables, ce qui peut conduire à des différences mineures par rapport aux tables de mortalité officielles établies par les Etats Membres.

Pour déterminer l'incertitude résultant de l'échantillonnage, de la technique d'estimation indirecte ou de la projection sur 2000, on a établi un total de 1000 tables de mortalité pour chaque Etat Membre. Dans le Tableau 1 de l'annexe, on a indiqué les limites d'incertitude en donnant les valeurs des tables de mortalité au 10<sup>e</sup> percentile et au 90<sup>e</sup> percentile. Cette analyse de l'incertitude a été facilitée par l'élaboration de nouvelles méthodes et de nouveaux logiciels.<sup>6</sup> Dans les pays où l'épidémie de VIH a des effets notables, de récentes estimations de l'ampleur de cette épidémie et de la marge d'incertitude correspondante ont été prises en compte pour analyser l'incertitude des tables de mortalité.<sup>7</sup>

## TABLEAUX 2 ET 3 DE L'ANNEXE

On a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions du monde en se basant sur des données tirées de registres nationaux d'état civil et correspondant à un total annuel de 17 millions de décès. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, on s'est servi d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires démographiques et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières.<sup>6-8</sup> L'OMS intensifie sa collaboration avec les Etats Membres pour obtenir et contrôler des données récentes tirées des registres d'état civil sur les causes de décès.

On a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables dans les causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, on a mis au point des techniques basées sur l'étude de la charge globale de morbidité<sup>9</sup> que l'on a affinées en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus fiables.<sup>10</sup>

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes de décès dans les catégories maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatismes et affections et symptômes mal définis. On a mis au point un algorithme de correction pour la reclassification des codes des affections cardio-vasculaires mal définies.<sup>11</sup> La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'état civil et de registres de l'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque Région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte.<sup>8</sup>

Le Tableau 3 de l'annexe donne des estimations de la charge de morbidité en utilisant les années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) pour mesurer les différences sanitaires dans le monde en 2000. Les AVCI ainsi que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité sont des mesures synthétiques de la santé de la population.<sup>12,13</sup> Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue et la charge de morbidité comme la mesure de la différence entre l'état de santé actuel d'une population et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé. Pour déterminer les AVCI correspondant à une maladie ou à un état morbide, on calcule la somme des années de vie perdues du fait d'un décès prématuré (AVP) dans la population et des années perdues du fait d'une incapacité (API) pour les cas incidents de l'affection considérée. On trouvera une analyse de l'élaboration des AVCI, ainsi que des récents progrès réalisés dans la mesure de la charge de morbidité dans Murray & Lopez.<sup>14</sup> Pour une étude plus complète des questions conceptuelles et autres qui sont à la base des mesures synthétiques de la santé des populations, voir Murray et al.<sup>13</sup> Les AVCI pour 2000 ont été estimées sur la base d'informations sur les causes de décès dans chaque Région, ainsi que d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes. Pour le présent rapport, on a actualisé les estimations de la charge de morbidité pour un grand nombre de catégories de causes figurant dans l'étude sur la charge mondiale de la

morbidité en 2000, en se fondant sur les très nombreuses données sur les principales maladies et traumatismes recueillies par les programmes techniques de l'OMS, ainsi que dans le cadre de la collaboration avec des scientifiques du monde entier.<sup>15</sup> On citera, à titre d'exemples, les nombreuses bases de données sur la tuberculose, les affections maternelles, les traumatismes, le diabète, le cancer et les infections sexuellement transmissibles. Ces données, ainsi que des estimations nouvelles ou révisées des décès par cause, par âge et par sexe, pour tous les Etats Membres, ont été utilisées pour mettre au point des estimations cohérentes de l'incidence, de la prévalence, de la durée et des AVCI pour plus de 130 causes majeures de morbidité dans 14 sous-régions du monde.

#### TABLEAU 4 DE L'ANNEXE

Le Tableau 4 de l'annexe indique le niveau moyen de santé de la population dans les Etats Membres de l'OMS en termes d'espérance de vie en bonne santé. A l'issue de plus de 15 années de travaux, l'OMS a introduit dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), mesure synthétique du niveau de santé atteint par les populations.<sup>16,17</sup> Pour mieux refléter la prise en compte de tous les états de santé dans le calcul de l'espérance de vie en bonne santé, le nom de l'indicateur utilisé pour mesurer cette espérance de vie, à savoir l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), a été changé en espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS). L'EVCS est basée sur l'espérance de vie à la naissance (voir le Tableau 1 de l'annexe), mais elle est corrigée du *temps passé en mauvaise santé*. On dira plus simplement que c'est l'équivalent du nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau-né peut espérer vivre sur la base des taux actuels de morbidité et de mortalité.

La mesure du *temps passé en mauvaise santé* est basée sur une méthode qui associe les estimations relatives à chaque affection, données dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité en 2000, à des estimations de la prévalence des différents états de santé par âge et par sexe tirées d'enquêtes sanitaires de l'OMS.<sup>18</sup> Des enquêtes sur des ménages représentatifs sont entreprises dans environ 70 pays à l'aide d'un instrument basé sur la Classification internationale du fonctionnement et de l'incapacité,<sup>19</sup> en vue de recueillir des informations auprès d'un échantillon représentatif d'enquêtés sur leur état actuel de santé dans sept domaines clefs.<sup>20</sup> Ces domaines ont été déterminés à partir d'une analyse approfondie des instruments de mesure de l'état de santé actuellement disponibles.

L'analyse des résultats de plus de 50 enquêtes sanitaires nationales pour le calcul de l'espérance de vie en bonne santé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* a révélé de graves problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé correspondant à différentes populations, même lorsque l'on utilise des instruments et méthodes d'enquête identiques.<sup>17,21</sup> Pour surmonter ces problèmes, l'instrument d'enquête de l'OMS utilise des tests de performance et des vignettes pour étalonner l'auto-évaluation de la santé dans des domaines tels que la fonction cognitive, la mobilité et la vision. L'OMS met au point plusieurs méthodes statistiques pour corriger les distorsions auxquelles donne lieu l'autonotification de la santé à l'aide de ces données, en se fondant sur un modèle de probits en ordonnancement hiérarchique (HOPIT).<sup>22</sup> Les réponses étalonnées servent à évaluer la prévalence réelle des différents états de santé par âge et par sexe.

Les limites d'incertitude pour l'espérance de vie en bonne santé qui sont données au Tableau 4 de l'annexe sont basées sur le 10<sup>e</sup> percentile et le 90<sup>e</sup> percentile des distributions correspondantes.<sup>23</sup> Ainsi calculées, ces limites donnent des intervalles d'incertitude de 80 % par rapport aux estimations. L'intervalle d'incertitude des EVCS est fonction de l'incertitude des mesures de la mortalité par âge dans chaque pays, de l'incertitude des estimations de la prévalence des incapacités dans les pays basées sur la charge de morbidité, et de l'incertitude des prévalences des états de santé tirées des enquêtes sanitaires.

Les estimations de l'espérance de vie en bonne santé pour les Etats Membres en 2000 ne sont pas directement comparables avec celles publiées dans le Rapport sur la santé dans le monde de l'an dernier pour 1999 car elles incorporent de nouvelles informations épidémiologiques, de nouvelles données issues des enquêtes sanitaires et de nouvelles informations sur les taux de mortalité, ainsi que des améliorations apportées aux méthodes.

Les nouvelles données issues de l'étude multipays de l'OMS sur les enquêtes dans les ménages ont conduit à une augmentation globale de la prévalence pondérée en fonction de la gravité, à une augmenta-

tion chez les femmes par rapport aux hommes et par conséquent à une réduction des estimations de l'EVCS. Tous les Etats Membres sont concernés et, au niveau mondial, on constate que l'EVCS à la naissance est ramenée de 56,8 ans en 1999 à 56,0 en 2000. Dans le cas de certains Etats Membres, on constate aussi une modification des estimations de l'EVCS en raison de nouvelles informations fournies sur les taux de mortalité par âge.

## TABLEAU 5 DE L'ANNEXE

Les comptes nationaux de la santé sont conçus comme un instrument d'analyse politique, complet, cohérent, régulier et normalisé qui permet de déterminer les niveaux et les tendances de la consommation de biens et prestations de santé (approche dépenses), la valeur ajoutée créée par les industries de services et manufacturières qui produisent ces biens (approche production) et les revenus engendrés par ce processus, ainsi que les taxes, contributions obligatoires, primes et paiements directs qui financent le système (approche financière). A leur stade de développement actuel, les comptes nationaux de la santé de l'OMS tendent plutôt à mesurer les flux financiers.

Les estimations indiquées sont des dépenses *mesurées* qui ne donnent que des ordres de grandeur. Toutes les estimations sont provisoires.

Comme pour toute comptabilité de système à plusieurs étapes, les premières données risquent d'être considérablement modifiées au cours des phases suivantes du processus. Les toutes premières estimations pour 1997 ont été complètement revues à la lumière de statistiques et autres données devenues accessibles après l'achèvement du *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*.

Les *dépenses publiques de santé* comprennent les dépenses de fonctionnement et d'investissement des gouvernements territoriaux (autorités centrales ou fédérales, autorités régionales, provinciales ou étatiques, et autorités locales ou municipales) et des régimes de sécurité sociale auxquels une proportion notable de la population est tenue d'être affiliée, ainsi que les fonds extrabudgétaires affectés à la prestation ou au financement de services de santé. Elles comprennent les subventions ou prêts émanant d'organismes internationaux, d'autres autorités nationales et parfois de banques privées.

Les *dépenses privées de santé* comprennent les dépenses afférentes aux régimes d'assurance privée et aux plans de soins médicaux prépayés, les services dispensés ou financés par des entreprises (autres que les contributions à la sécurité sociale et les plans prépayés), qu'ils soient obligatoires ou non, les dépenses d'organisations non gouvernementales et d'institutions à but non lucratif destinées principalement à des ménages, les paiements directs des patients et les dépenses d'autres systèmes à financement privé non classés ailleurs, y compris les dépenses d'investissement.

Le *financement* des dépenses de santé de la *sécurité sociale* se fait au moyen des contributions des employeurs et employés, à l'exclusion des paiements de transfert et des subventions à des institutions de la sécurité sociale qui sont financés par l'impôt ; cette distinction n'est que partiellement réalisée dans la comptabilité actuelle de la santé.

Les contributions au financement des systèmes de santé provenant de *ressources extérieures* sont principalement destinées à des programmes publics, mais comprennent aussi des transferts à partir de programmes privés dont l'importance n'a pas pu être établie. Les montants de ressources extérieures identifiables inférieurs à 0,05 % des dépenses publiques de santé, ainsi qu'un petit nombre de postes dont on sait qu'ils sont positifs sans en connaître le montant exact, sont indiqués de la manière suivante «...».

Une partie des *dépenses financées par l'impôt* est destinée, dans certains pays, au remboursement des prêts contractés pour la santé, et n'a pas toujours pu être dissociée des dépenses directes pour la prestation et l'administration de services de santé.

Aux fins du Tableau 5 de l'annexe, les dépenses d'autres assurances-maladie privées prépayées qui ne sont pas strictement basées sur des contrats liés au risque ont été ajoutées à celles de l'*assurance privée*, étant donné qu'elles constituent une autre forme de répartition des risques. Les zéros figurant dans cette colonne n'indiquent pas nécessairement l'absence de ces intermédiaires financiers, mais peuvent simplement vouloir dire qu'en l'absence de données, on les a rattachées aux dépenses directes des patients. Dans le cas où des rubriques positives ne s'accompagnent pas de preuves quantitatives, on a utilisé le signe «...».

Les *paiements directs des patients* (PDP) comprennent, dans la mesure du possible, les franchises et les quotes-parts payées au titre de la sécurité sociale et autres systèmes prépayés, les autres coûts encourus par les ménages, déduction faite des remboursements d'une assurance prépayée publique ou privée, et les versements d'autres formes d'assurance privée prépayées.

Lorsqu'aucune information n'est disponible pour l'*assurance privée*, les *organisations non gouvernementales* (ONG) et/ou les *dépenses des entreprises pour des services de santé*, ces lacunes font grossir le montant des PDP. Les dépenses privées pour la santé ne sont pas nécessairement la somme des assurances privées et des PDP.

Les *taux de change* sont les taux moyens auxquels les devises sont échangées par le système bancaire, en dollars des Etats-Unis. On obtient les estimations en dollars internationaux en divisant l'unité monétaire locale par une estimation de la parité de son pouvoir d'achat (PPA) par rapport au dollar des Etats-Unis. Les PPA sont des taux de conversion des monnaies qui permettent d'égaliser le pouvoir d'achat de différentes monnaies en éliminant les écarts de prix entre pays.

Les PIB des pays de l'OCDE sont conformes aux comptes nationaux normalisés (SNA93), et ceux qui émanent de l'Organisation des Nations Unies et du FMI incorporent les séries chronologiques du SNA93 dans tous les cas où les services de statistiques des Etats Membres ont adopté les nouveaux concepts et définitions. Pour les pays autres que ceux de l'OCDE, dont les chiffres présentent des différences avec ceux de l'ONU, du FMI et de la Banque mondiale, les dénominateurs retenus tiennent compte de la tendance la plus plausible.

Aux fins des statistiques, les données de la Chine ne comprennent pas ceux de la Région administrative spéciale de Hong Kong et de la Région administrative spéciale de Macao.

### *Sources de données*

Les dépenses de santé (publiques, privées, sécurité sociale, financées par les impôts, externes, assurances privées, paiements directs) : comptes nationaux de la santé de l'OMS basés sur les *ECO-SANTÉ OCDE* 2001 ; comptes des dépenses publiques de santé dans plusieurs Etats Membres ; *Government Finance Statistics* du FMI ; *Comptes nationaux* des Nations Unies, tableaux 2.1 et 2.5 prolongés à 1998 ; *Indicateurs de développement* de la Banque mondiale ; *annuaires statistiques* nationaux et autres rapports renfermant des estimations conformes aux principes ayant présidé aux choix des données dans les sources citées ; enquêtes de ménages ; estimations du Secrétariat de l'OMS et correspondance avec les responsables des Etats Membres.

PIB : *Comptes nationaux* des Nations Unies, *Statistiques financières internationales* du FMI, *Indicateurs du développement dans le monde* de la Banque mondiale, *Comptes nationaux* de l'OCDE.

Dépenses générales publiques : *Comptes nationaux* des Nations Unies, tableau 1.4 prolongés à 1998 ; *Comptes nationaux* de l'OCDE, vol. II tableaux 5 et 6 ; *Statistiques financières internationales* du FMI, déboursements des autorités centrales étendus à chaque fois que possible pour inclure les autorités régionales et locales.

Taux de change : *Statistiques financières internationales* du FMI. Les parités des pouvoirs d'achat (PPA) ont été estimées à l'aide de méthodes semblables à celles utilisées par la Banque mondiale. Les PPA ont pris comme base les études de comparaison des prix pour 1996 lorsqu'elles étaient disponibles. Pour d'autres pays, elles ont été estimées en utilisant le PIB par habitant en dollar US, les coefficients d'ajustement de poste des Nations Unies et d'autres variables nominales. Les projections ont été faites jusqu'en 1998 à l'aide du taux de croissance du PIB avec ajustement pour l'inflation des Etats-Unis par le biais des coefficients d'ajustement du PIB des Etats-Unis.

- <sup>1</sup> Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Inoue M, Ferguson B (2001). Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 40).
- <sup>2</sup> Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, UNICEF.
- <sup>3</sup> United States Bureau of the Census: Base de données internationale disponible sur le site internet à l'adresse suivante: <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- <sup>4</sup> *World population prospects: the 2000 revision* (2001). New York, Nations Unies.
- <sup>5</sup> Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 39).
- <sup>6</sup> Murray CJL, Salomon JA (1998). Modeling the impact of global tuberculosis control strategies. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, **95** (23): 13881-13886.
- <sup>7</sup> Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 79(7): 596-607.
- <sup>8</sup> Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2001). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 13).
- <sup>9</sup> Murray CJL, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- <sup>10</sup> Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 11, édition révisée).
- <sup>11</sup> Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 12).
- <sup>12</sup> Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). Examen critiques des mesures synthétiques de l'état de santé des populations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2001, **4**: 166-179.
- <sup>13</sup> Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (à paraître en 2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- <sup>14</sup> Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.
- <sup>15</sup> Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 36).
- <sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un service de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- <sup>17</sup> Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, **357**: 1685-1691.
- <sup>18</sup> Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE discussion paper No. 38).
- <sup>19</sup> Organisation mondiale de la Santé (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (version anglaise sous presse).
- <sup>20</sup> Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE discussion paper No. 37).
- <sup>21</sup> Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 15).
- <sup>22</sup> Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 35).
- <sup>23</sup> Salomon JA, Murray CJL, Mathers CD (2000). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 10).



Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres		ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)					
		Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans				Hommes		Femmes			
				1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
												2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude				
1	Afghanistan	21 765	4,8	88	86	4,7	4,7	7,1	6,9	1	252	202 – 301	249	199 – 299	437	341 – 529	376	280 – 473	44,2	38,5 – 50,1	45,1	39,2 – 51,7	
2	Afrique du Sud	43 309	1,8	71	60	5,0	5,7	3,6	3,0	2	90	86 – 92	78	74 – 82	567	545 – 585	502	487 – 521	49,6	48,8 – 50,6	52,1	51,0 – 53,0	
3	Albanie	3 134	-0,5	62	56	7,8	9,0	3,0	2,4	3	47	37 – 57	40	31 – 50	209	191 – 227	95	85 – 107	64,3	62,8 – 65,7	72,9	71,6 – 74,1	
4	Algérie	30 291	2,0	84	64	5,7	6,0	4,5	3,0	4	54	44 – 63	47	38 – 56	155	141 – 168	119	106 – 132	68,1	66,9 – 69,4	71,2	69,9 – 72,4	
5	Allemagne	82 017	0,3	45	47	20,4	23,2	1,4	1,3	5	6	6 – 7	5	4 – 6	127	122 – 131	60	58 – 63	74,3	74,0 – 74,8	80,6	80,3 – 80,9	
6	Andorre	86	5,0	35	37	14,4	15,6	1,4	1,2	6	5	3 – 7	4	2 – 6	105	71 – 137	41	21 – 61	77,2	74,4 – 81,7	83,8	80,2 – 89,5	
7	Angola	13 134	3,2	100	104	4,7	4,5	7,2	7,2	7	217	192 – 242	198	175 – 220	492	412 – 565	386	317 – 452	44,3	40,8 – 47,9	48,3	44,9 – 52,0	
8	Antigua-et-Barbuda	65	0,3	64	57	9,1	9,9	1,9	1,6	8	25	20 – 30	22	17 – 27	183	165 – 200	133	118 – 147	71,8	70,5 – 73,1	76,6	75,4 – 77,9	
9	Arabie saoudite	20 346	2,8	84	85	4,1	4,8	6,9	5,8	9	40	35 – 45	26	22 – 30	181	166 – 195	116	105 – 126	68,1	67,1 – 69,1	73,5	72,7 – 74,5	
10	Argentine	37 032	1,3	65	60	12,9	13,3	2,9	2,5	10	24	22 – 27	20	19 – 23	184	178 – 190	92	88 – 96	70,2	69,8 – 70,6	77,8	77,3 – 78,3	
11	Arménie	3 787	0,7	56	48	10,0	13,2	2,3	1,2	11	56	50 – 62	38	32 – 44	223	213 – 233	106	96 – 118	64,4	63,8 – 65,0	71,2	70,2 – 72,2	
12	Australie	19 138	1,3	49	49	15,5	16,3	1,9	1,8	12	7	6 – 8	5	4 – 6	100	95 – 103	54	51 – 58	76,6	76,3 – 77,1	82,1	81,7 – 82,5	
13	Autriche	8 080	0,4	48	47	20,1	20,7	1,5	1,3	13	6	5 – 7	5	4 – 5	125	118 – 133	60	57 – 63	74,9	74,4 – 75,4	81,4	81,0 – 81,8	
14	Azerbaïdjan	8 041	1,1	61	56	8,0	10,5	2,7	1,7	14	101	82 – 121	88	71 – 106	261	231 – 290	153	134 – 172	61,7	59,2 – 64,2	68,9	66,6 – 71,3	
15	Bahamas	304	1,8	59	54	6,7	8,0	2,6	2,4	15	14	10 – 20	12	9 – 18	267	252 – 281	161	149 – 173	68,0	67,1 – 68,9	74,8	73,9 – 75,6	
16	Bahrein	640	2,7	51	45	3,8	4,7	3,7	2,5	16	11	7 – 15	8	5 – 12	120	110 – 130	93	83 – 103	72,7	71,9 – 73,9	74,7	73,7 – 75,8	
17	Bangladesh	137 439	2,2	82	72	4,8	4,9	4,6	3,7	17	91	81 – 101	93	83 – 103	262	235 – 290	252	227 – 276	60,4	58,6 – 62,3	60,8	59,1 – 62,6	
18	Barbade	267	0,4	57	45	15,3	13,4	1,7	1,5	18	13	9 – 16	13	10 – 16	180	161 – 200	122	110 – 134	71,6	70,4 – 72,8	77,7	76,6 – 78,9	
19	Bélarus	10 187	-0,1	51	47	16,5	18,9	1,8	1,2	19	17	13 – 21	12	9 – 15	381	362 – 401	133	123 – 143	62,0	61,0 – 62,9	74,0	73,2 – 74,9	
20	Belgique	10 249	0,3	49	52	20,5	22,1	1,6	1,5	20	8	7 – 9	6	5 – 7	128	124 – 132	67	62 – 70	74,6	74,2 – 75,0	80,9	80,5 – 81,3	
21	Belize	226	2,0	94	74	6,1	6,0	4,4	3,2	21	37	30 – 40	32	28 – 35	200	185 – 216	124	120 – 132	69,1	68,0 – 70,3	74,7	74,0 – 75,2	
22	Bénin	6 272	3,0	106	96	4,8	4,2	6,7	5,9	22	162	153 – 168	151	143 – 158	384	356 – 408	328	297 – 350	51,7	50,4 – 53,0	53,8	52,5 – 55,8	
23	Bhoutan	2 085	2,1	85	89	6,0	6,5	5,8	5,3	23	93	72 – 112	92	73 – 113	268	213 – 325	222	173 – 271	60,4	57,0 – 64,4	62,5	58,9 – 66,3	
24	Bolivie	8 329	2,4	81	77	5,8	6,2	4,9	4,1	24	88	81 – 96	80	66 – 80	264	239 – 292	219	189 – 236	60,9	59,1 – 62,4	63,6	62,7 – 65,9	
25	Bosnie-Herzégovine	3 977	-0,8	43	41	10,4	14,9	1,7	1,3	25	21	17 – 26	16	13 – 22	200	166 – 224	93	80 – 108	68,7	67,4 – 70,7	74,7	73,3 – 76,0	
26	Botswana	1 541	2,2	95	82	3,6	4,5	5,1	4,1	26	85	70 – 100	83	73 – 102	703	660 – 738	669	637 – 696	44,6	42,4 – 47,1	44,4	42,3 – 46,5	
27	Bésil	170 406	1,4	64	51	6,7	7,8	2,7	2,2	27	49	41 – 58	42	35 – 49	259	240 – 282	136	120 – 155	64,5	63,0 – 65,7	71,9	70,2 – 73,5	
28	Brunéi Darussalam	328	2,5	59	54	4,1	5,1	3,2	2,7	28	12	10 – 15	7	6 – 10	144	128 – 163	97	85 – 110	73,4	72,1 – 74,8	78,7	77,3 – 80,3	
29	Bulgarie	7 949	-0,9	50	47	19,1	21,7	1,7	1,1	29	22	20 – 24	17	16 – 19	239	235 – 249	103	98 – 106	67,4	66,8 – 67,6	74,9	74,6 – 75,4	
30	Burkina Faso	11 535	2,5	108	108	5,2	4,8	7,3	6,8	30	217	212 – 222	206	201 – 211	559	544 – 573	507	493 – 520	42,6	42,0 – 43,4	43,6	42,9 – 44,4	
31	Burundi	6 356	1,2	93	102	4,7	4,3	6,8	6,8	31	196	172 – 221	183	158 – 208	648	586 – 700	603	538 – 657	40,6	37,7 – 43,7	41,3	38,2 – 45,5	
32	Cambodge	13 104	3,1	90	88	4,4	4,4	5,6	5,0	32	136	131 – 141	120	114 – 124	373	361 – 384	264	252 – 273	53,4	52,7 – 54,2	58,5	57,9 – 59,5	
33	Cameroun	14 876	2,5	95	88	5,6	5,6	5,9	4,9	33	149	142 – 157	140	133 – 148	488	460 – 513	440	413 – 464	49,0	47,6 – 50,4	50,4	48,9 – 51,9	
34	Canada	30 757	1,1	47	46	15,5	16,7	1,7	1,6	34	6	5 – 6	5	4 – 5	101	96 – 105	57	53 – 60	76,0	75,6 – 76,5	81,5	81,1 – 81,9	
35	Cap-Vert	427	2,3	93	78	7,0	6,5	4,3	3,4	35	56	45 – 70	40	30 – 54	210	191 – 239	121	111 – 133	66,5	64,4 – 67,9	72,3	71,1 – 73,3	
36	Chili	15 211	1,5	57	55	9,0	10,2	2,6	2,4	36	12	10 – 14	10	8 – 11	151	132 – 157	67	60 – 71	72,5	72,0 – 73,8	79,5	78,8 – 80,4	
37	Chine	1 282 437	1,0	50	46	8,6	10,0	2,2	1,8	37	38	31 – 41	44	38 – 49	161	150 – 170	110	100 – 120	68,9	68,2 – 69,7	73,0	72,0 – 74,2	
38	Chypre	784	1,4	58	53	14,8	15,7	2,4	2,0	38	9	8 – 9	7	6 – 8	116	107 – 122	59	52 – 64	74,8	74,3 – 75,6	79,0	78,3 – 79,8	
39	Colombie	42 105	1,9	68	60	6,3	6,9	3,1	2,7	39	29	25 – 34	21	17 – 24	238	225 – 250	115	108 – 122	67,2	66,3 – 68,1	75,1	74,3 – 75,8	
40	Comores	706	3,0	98	84	4,1	4,2	6,2	5,2	40	107	99 – 114	95	88 – 102	381	345 – 415	325	294 – 356	55,3	53,6 – 57,1	58,1	56,3 – 59,8	
41	Congo	3 018	3,1	95	98	5,3	5,1	6,3	6,3	41	134	124 – 154	122	103 – 142	475	413 – 537	406	344 – 465	50,1	46,8 – 52,7	52,9	49,5 – 56,4	
42	Costa Rica	4 024	2,8	69	60	6,4	7,5	3,2	2,7	42	18	15 – 20	15	12 – 17	131	118 – 139	78	71 – 82	73,4	72,7 – 74,5	78,8	78,1 – 79,8	
43	Côte d'Ivoire	16 013	2,4	96	83	4,2	5,0	6,3	4,9	43	152	142 – 162	138	130 – 146	553	507 – 588	494	451 – 527	46,4	44,9 – 48,5	48,4	46,8 – 50,6	
44	Croatie	4 654	0,3	47	47	17,1	20,2	1,7	1,7	44	10	9 – 12	7	7 – 9	178	173 – 183	74	70 – 79	69,8	69,5 – 70,1	77,7	77,3 – 78,1	
45	Cuba	11 199	0,5	46	44	11,7	13,7	1,7	1,6	45	9	9 – 10	8	7 – 9	143	139 – 147	94	91 – 99	73,7	73,3 – 74,0	77,5	77,1 – 77,8	
46	Danemark	5 320	0,3	48	50	20,4	20,0	1,6	1,7	46	7	6 – 7	5	5 – 6	129	126 – 133	82	76 – 85	74,2	73,8 – 74,5	78,5	78,2 – 79,0	
47	Djibouti	632	2,3	82	87	4,1	5,5	6,3	5,9	47	184	153 – 212	168	139 – 195	590	497 – 667	541	461 – 618	43,5	39,9 – 48,2	44,7	40,1 – 49,3	
48	Dominique	71	-0,1	64	57	9,1	9,9	2,2	1,8	48	14	10 – 18	13	9 – 16	183	173 – 197	105	95 – 115	72,6	71,5 – 73,6	78,3	77,0 – 79,7	
49	Egypte	67 884	1,9	78	65	6,0	6,3	4,2	3,1	49	51	46 – 54	49	45 – 53	210	201 – 219	147	140 – 153	65,4	64,8 – 66,0	69,1	68,5 – 69,7	
50	El Salvador	6 278	2,1	82	68	6,4	7,2	3,7	3,0	50	40	36 – 44	33	28 – 36	250	238 – 262	148	135 – 158	66,3	65,4 – 67,1	73,3	72,4 – 74,4	
51	Emirats arabes unis	2 606	2,6	45	40	2,5	5,1	4,2	3,0	51	16	13 – 19	14	11 – 16	143	128 – 157	93	84 – 102	72,3	71,2 – 73,5	76,4	75,4 – 77,7	
52	Equateur	12 646	2,1	76	63	6,1	6,9	3,8	2,9	52	41	36 – 44	33	30 – 36	199	189 – 208	120	114 – 127	68,2	67,5 – 68,9	74,2	73,6 – 74,8	
53	Erythrée	3 659	1,7	88	88	4,4	4,7	6,2	5,5	53	142	129 – 153	130	119 – 142	493	422 – 554	441	375 – 499	49,1	46,6 – 52,6	51,0	48,3 – 54,6	
54	Espagne	39 910	0,2	50	46	19,2	21,8	1,4	1,1	54	6	6 – 7	5	5									

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)					
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans				Hommes		Femmes			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
											2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude				
56	Etats-Unis d'Amérique	283 230	1,1	52	52	16,6	16,1	2,0	2,0	56	9	9 - 10	8	7 - 8	147	143 - 149	84	83 - 85	73,9	73,7 - 74,2	79,5	79,3 - 79,6
57	Ethiopie	62 908	2,8	90	93	4,5	4,7	6,9	6,8	57	187	155 - 215	171	142 - 197	594	485 - 684	535	431 - 624	42,8	39,0 - 48,3	44,7	40,5 - 50,5
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	2 034	0,6	51	48	11,5	14,4	2,0	1,7	58	16	14 - 20	15	13 - 18	160	153 - 167	89	85 - 92	70,2	69,8 - 70,8	74,8	74,5 - 75,3
59	Fédération de Russie	145 491	-0,2	49	44	16,0	18,5	1,8	1,2	59	23	22 - 25	17	16 - 19	428	394 - 453	156	143 - 161	59,4	58,4 - 60,8	72,0	71,6 - 73,0
60	Fidji	814	1,2	69	58	4,9	5,7	3,4	3,1	60	27	20 - 34	24	18 - 30	240	221 - 262	180	160 - 199	66,9	65,7 - 68,1	71,2	69,9 - 72,3
61	Finlande	5 172	0,4	49	49	18,5	19,9	1,7	1,6	61	6	5 - 6	5	4 - 5	144	141 - 147	61	58 - 64	73,7	73,5 - 74,0	80,9	80,5 - 81,3
62	France	59 238	0,4	52	53	19,1	20,5	1,8	1,8	62	8	8 - 9	6	5 - 6	144	139 - 148	61	56 - 64	75,2	74,8 - 75,5	83,1	82,5 - 83,8
63	Gabon	1 230	2,8	75	85	9,2	8,7	5,1	5,4	63	118	105 - 145	109	99 - 134	380	299 - 460	330	268 - 408	54,6	50,3 - 59,0	56,9	51,9 - 60,2
64	Gambie	1 303	3,4	81	77	4,8	5,2	5,9	5,0	64	101	85 - 115	90	77 - 102	373	305 - 440	320	261 - 381	55,9	52,4 - 59,4	58,7	55,2 - 62,2
65	Géorgie	5 262	-0,4	51	50	15,0	18,7	2,1	1,5	65	30	22 - 38	19	15 - 25	250	213 - 282	133	107 - 155	65,7	64,0 - 67,7	71,8	70,3 - 74,2
66	Ghana	19 306	2,5	93	79	4,6	5,1	5,7	4,4	66	112	104 - 119	98	89 - 104	379	344 - 410	326	295 - 357	55,0	53,7 - 56,8	57,9	56,0 - 59,8
67	Grèce	10 610	0,4	49	48	20,0	23,4	1,5	1,3	67	7	6 - 8	6	5 - 7	114	110 - 118	47	44 - 52	75,4	75,0 - 75,7	80,8	80,1 - 81,5
68	Grenade	94	0,3	64	57	9,1	9,9	4,2	3,5	68	25	18 - 30	22	15 - 27	202	187 - 222	159	146 - 171	70,9	69,5 - 72,1	73,2	72,1 - 74,6
69	Guatemala	11 385	2,7	97	89	5,1	5,3	5,6	4,7	69	54	50 - 59	52	47 - 56	286	260 - 308	182	157 - 200	63,5	62,2 - 65,2	68,6	67,2 - 70,6
70	Guinée	8 154	2,9	94	88	4,4	4,4	6,6	6,1	70	174	163 - 183	156	144 - 164	432	392 - 468	366	331 - 398	49,0	47,4 - 51,1	52,0	50,4 - 54,1
71	Guinée-Bissau	1 199	2,4	86	89	5,9	5,6	6,0	6,0	71	215	205 - 220	197	188 - 203	495	467 - 521	427	401 - 451	44,5	43,4 - 46,0	46,9	45,7 - 48,5
72	Guinée équatoriale	457	2,6	87	91	6,4	6,0	5,9	5,9	72	156	137 - 185	143	127 - 167	339	270 - 414	280	224 - 338	53,5	49,0 - 57,0	56,2	52,4 - 59,6
73	Guyana	761	0,4	70	55	6,7	6,9	2,6	2,4	73	77	62 - 91	66	50 - 80	299	275 - 335	209	176 - 235	61,5	59,2 - 63,2	67,0	64,9 - 69,8
74	Haiti	8 142	1,7	93	80	5,8	5,6	5,4	4,2	74	111	84 - 134	96	70 - 119	524	387 - 563	373	278 - 430	49,7	47,0 - 56,9	56,1	52,4 - 62,2
75	Honduras	6 417	2,8	93	82	4,5	5,1	5,1	4,0	75	45	40 - 50	42	38 - 48	221	200 - 249	157	140 - 178	66,3	64,5 - 67,9	71,0	69,2 - 72,5
76	Hongrie	9 968	-0,4	51	46	19,0	19,7	1,8	1,3	76	11	10 - 12	8	8 - 9	295	291 - 299	123	120 - 126	66,3	66,1 - 66,5	75,2	74,9 - 75,5
77	Iles Cook	20	0,7	70	65	5,7	6,8	4,2	3,3	77	23	16 - 28	20	14 - 24	175	163 - 190	152	140 - 164	68,7	67,8 - 69,4	72,1	71,2 - 73,0
78	Iles Marshall	51	1,4	69	76	6,0	6,8	5,6	5,9	78	48	41 - 56	39	32 - 47	302	275 - 324	230	213 - 248	62,8	61,4 - 64,3	67,8	66,6 - 69,0
79	Iles Salomon	447	3,5	95	90	4,6	4,2	5,9	5,4	79	37	31 - 43	27	21 - 33	221	176 - 259	154	112 - 193	66,6	64,4 - 69,6	71,4	68,5 - 75,3
80	Inde	1 008 937	1,8	69	62	6,8	7,6	3,9	3,1	80	90	83 - 97	99	90 - 108	287	251 - 310	213	179 - 236	59,8	58,5 - 62,0	62,7	60,8 - 65,6
81	Indonésie	212 092	1,5	66	55	6,2	7,6	3,3	2,4	81	61	54 - 68	49	43 - 55	250	232 - 266	191	177 - 205	63,4	62,4 - 64,6	67,4	66,4 - 68,5
82	Iran (République islamique d')	70 330	1,9	89	69	4,7	5,2	5,0	3,0	82	44	35 - 50	47	38 - 53	170	159 - 179	139	128 - 147	68,1	67,4 - 69,0	69,9	69,2 - 70,8
83	Iraq	22 946	2,9	89	80	4,5	4,6	5,9	5,0	83	80	64 - 94	73	60 - 90	258	229 - 289	208	178 - 236	61,7	59,7 - 64,0	64,7	62,2 - 67,0
84	Irlande	3 803	0,8	63	49	15,1	15,2	2,1	2,0	84	6	6 - 7	5	5 - 6	108	103 - 114	62	60 - 65	74,1	73,6 - 74,5	79,7	79,3 - 80,0
85	Islande	279	0,9	55	54	14,6	15,1	2,2	2,0	85	5	3 - 8	5	3 - 6	85	75 - 95	51	43 - 59	77,1	75,7 - 78,6	81,8	80,5 - 83,9
86	Israël	6 040	3,0	68	62	12,4	13,2	3,0	2,8	86	8	7 - 8	6	5 - 7	99	96 - 102	56	53 - 58	76,6	76,3 - 76,9	80,6	80,3 - 81,0
87	Italie	57 530	0,1	45	48	21,1	24,1	1,3	1,2	87	7	6 - 8	6	6 - 7	110	107 - 113	53	52 - 56	76,0	75,6 - 76,3	82,4	82,0 - 82,7
88	Jamahiriya arabe libyenne	5 290	2,1	86	60	4,2	5,5	4,9	3,6	88	31	25 - 37	29	23 - 34	210	192 - 228	157	143 - 171	67,5	66,4 - 68,7	71,0	70,0 - 72,2
89	Jamaïque	2 576	0,8	74	63	10,0	9,6	2,8	2,4	89	17	14 - 20	14	11 - 17	169	147 - 180	127	110 - 140	72,8	72,0 - 74,7	76,6	75,3 - 78,3
90	Japon	127 096	0,3	44	47	17,4	23,2	1,6	1,4	90	5	5 - 6	4	4 - 5	98	96 - 99	44	42 - 45	77,5	77,4 - 77,7	84,7	84,4 - 85,1
91	Jordanie	4 913	4,2	100	75	4,8	4,5	5,8	4,5	91	25	21 - 29	22	17 - 25	199	178 - 217	144	128 - 148	68,5	67,4 - 70,0	72,5	72,1 - 73,8
92	Kazakhstan	16 172	-0,3	60	51	9,6	11,2	2,7	2,0	92	80	75 - 80	60	56 - 64	366	350 - 375	201	182 - 215	58,0	57,6 - 58,9	68,4	67,2 - 70,0
93	Kenya	30 669	2,7	109	86	4,1	4,2	6,1	4,4	93	107	99 - 114	98	90 - 105	578	533 - 617	529	486 - 568	48,2	46,2 - 50,3	49,6	47,5 - 51,8
94	Kirghizistan	4 921	1,1	74	67	8,3	9,0	3,7	2,6	94	70	62 - 78	58	50 - 67	335	306 - 364	175	152 - 200	60,0	58,5 - 61,7	68,8	66,8 - 70,8
95	Kiribati	83	1,5	69	76	6,0	6,8	4,4	4,6	95	93	79 - 104	74	61 - 85	269	210 - 319	208	172 - 259	60,4	57,8 - 64,0	64,5	61,2 - 67,3
96	Koweït	1 914	-1,1	61	50	2,1	4,4	3,6	2,8	96	13	11 - 17	12	9 - 15	100	93 - 107	68	62 - 74	74,2	73,5 - 75,0	76,8	76,0 - 77,6
97	Lesotho	2 035	1,9	81	77	6,0	6,5	5,2	4,6	97	159	143 - 172	150	134 - 164	667	572 - 742	630	536 - 706	42,0	38,8 - 45,7	42,2	38,6 - 47,3
98	Lettonie	2 421	-1,0	50	47	17,7	20,9	1,9	1,1	98	20	12 - 25	14	11 - 16	328	315 - 355	122	112 - 134	64,2	62,8 - 64,9	75,5	74,5 - 76,5
99	Liban	3 496	2,6	67	59	8,1	8,5	3,2	2,2	99	22	17 - 27	18	14 - 22	192	168 - 215	136	121 - 151	69,1	67,7 - 70,7	73,3	72,2 - 74,7
100	Liberia	2 913	3,1	118	84	5,1	4,5	6,8	6,8	100	205	173 - 233	187	161 - 211	448	367 - 521	385	312 - 452	46,6	43,3 - 51,3	49,1	45,7 - 53,9
101	Lituanie	3 696	-0,1	50	49	16,1	18,6	1,9	1,3	101	15	11 - 17	12	9 - 14	286	270 - 300	106	98 - 110	66,9	66,1 - 67,8	77,2	76,7 - 78,2
102	Luxembourg	437	1,4	44	49	18,9	19,4	1,6	1,7	102	5	4 - 7	5	4 - 6	135	122 - 148	64	57 - 72	73,9	73,0 - 74,8	80,8	79,8 - 82,1
103	Madagascar	15 970	2,9	92	91	4,8	4,7	6,3	5,9	103	156	147 - 162	142	134 - 149	385	348 - 417	322	290 - 350	51,7	50,3 - 53,7	54,6	53,2 - 56,6
104	Malaisie	22 218	2,2	67	62	5,8	6,6	3,8	3,1	104	15	13 - 18	12	10 - 15	202	186 - 218	113	100 - 125	68,3	67,4 - 69,4	74,1	73,1 - 75,3
105	Malawi	11 308	1,8	99	97	4,3	4,6	7,3	6,5	105	229	206 - 251	211	190 - 234	701	604 - 779	653	557 - 733	37,1	33,6 - 41,1	37,8	34,0 - 42,2
106	Maldives	291	3,0	99	89	5,4	5,3	6,4	5,6	106	62	45 - 80	66	45 - 85	228	209 - 248	226	199 - 248	64,6	62,9 - 66,2	64,4	62,4 - 66,7
107	Mali	11 351	2,6	97	100	5,2	5,7	7,0	7,0	107	231	216 - 241	220	206 - 230	518	452 - 578	446	387 - 501	42,7	40,3 - 45,2	44,6	42,2 - 47,3
108	Malte	390	0,8	51	48	14,7	17,0	2,0	1,8	108	10	8 - 11	6	4 - 7	111	103 - 119	46	41 - 55	75,4	74,7 - 76,2	80,7	79,3 - 82,0
109	Maroc	29 878	2,0	77	63	6,0	6,4	4,3	3,2													

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)					
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans				Hommes		Femmes			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
111	Mauritanie	2 665	2,9	93	90	4,9	4,7	6,2	6,0	111	175	161 – 186	168	154 – 179	357	304 – 410	302	256 – 347	51,7	49,2 – 54,2	53,5	51,1 – 56,2
112	Mexique	98 872	1,7	74	61	5,9	6,9	3,4	2,6	112	31	27 – 35	25	22 – 28	180	167 – 187	101	96 – 106	71,0	70,4 – 72,0	76,2	75,7 – 76,8
113	Micronésie (Etats fédérés de)	123	2,6	69	76	6,0	6,8	4,8	5,1	113	61	45 – 79	48	35 – 64	243	211 – 270	188	160 – 209	63,7	61,6 – 66,1	67,7	65,8 – 69,9
114	Monaco	33	1,1	52	53	19,1	20,5	1,8	1,7	114	7	3 – 10	5	3 – 10	123	93 – 140	54	45 – 75	76,8	75,2 – 79,8	84,4	81,6 – 86,4
115	Mongolie	2 533	1,3	84	64	5,8	5,6	4,1	2,5	115	92	75 – 109	76	60 – 90	280	265 – 305	199	184 – 214	61,2	59,1 – 62,6	66,9	65,4 – 68,4
116	Mozambique	18 292	3,0	89	89	5,1	5,1	6,5	6,1	116	227	217 – 232	208	199 – 214	674	634 – 712	612	573 – 646	37,9	36,7 – 39,5	39,5	38,2 – 41,2
117	Myanmar	47 749	1,7	71	61	6,8	6,8	4,0	3,1	117	111	96 – 136	97	84 – 122	343	320 – 380	245	225 – 285	56,2	53,5 – 58,0	61,1	57,6 – 62,8
118	Namibie	1 757	2,5	88	90	5,5	5,6	6,0	5,1	118	125	109 – 139	119	106 – 131	695	585 – 777	661	568 – 735	42,8	39,2 – 48,1	42,6	39,2 – 47,6
119	Nauru	12	2,6	69	76	6,0	6,8	4,3	4,6	119	16	14 – 21	11	9 – 15	480	374 – 567	310	225 – 399	58,8	55,3 – 62,9	66,6	62,5 – 71,3
120	Népal	23 043	2,4	81	81	5,8	5,9	5,2	4,7	120	101	90 – 110	116	108 – 124	314	288 – 337	314	292 – 337	58,5	56,8 – 60,5	58,0	56,5 – 59,7
121	Nicaragua	5 071	2,9	97	84	4,4	4,6	4,9	4,1	121	49	44 – 52	39	35 – 44	225	211 – 241	161	151 – 171	66,4	65,4 – 67,5	71,1	70,2 – 72,0
122	Niger	10 832	3,5	109	108	3,5	3,3	8,1	8,0	122	257	231 – 264	252	234 – 259	473	402 – 537	408	351 – 461	42,7	40,5 – 46,1	43,9	42,1 – 46,7
123	Nigéria	113 862	2,9	97	93	4,7	4,8	6,5	5,7	123	158	149 – 164	151	142 – 157	443	402 – 478	393	356 – 426	49,8	48,3 – 51,9	51,4	49,8 – 53,6
124	Nioué	2	-1,4	70	65	5,7	6,8	3,3	2,6	124	34	24 – 46	28	18 – 39	181	151 – 219	144	100 – 159	69,5	66,7 – 71,9	72,8	71,4 – 77,3
125	Norvège	4 469	0,5	54	54	21,0	19,6	1,8	1,8	125	5	5 – 6	4	4 – 5	105	100 – 108	60	56 – 62	75,7	75,5 – 76,0	81,4	80,9 – 82,0
126	Nouvelle-Zélande	3 778	1,2	53	53	15,3	15,6	2,1	2,0	126	7	6 – 8	6	4 – 6	108	100 – 114	69	63 – 78	75,9	75,2 – 76,7	80,9	79,8 – 81,9
127	Oman	2 538	3,6	95	87	3,8	4,2	7,0	5,7	127	20	15 – 25	17	14 – 22	187	171 – 204	135	123 – 147	69,5	68,4 – 70,6	73,5	72,6 – 74,5
128	Ouganda	23 300	3,1	103	107	4,1	3,8	7,1	7,1	128	165	148 – 178	151	138 – 165	617	531 – 686	567	486 – 637	43,5	40,8 – 47,3	44,6	41,7 – 48,7
129	Ouzbékistan	24 881	1,9	82	69	6,5	7,1	4,0	2,6	129	69	64 – 72	57	52 – 60	282	270 – 290	176	165 – 185	62,1	61,6 – 62,9	68,0	67,3 – 68,9
130	Pakistan	141 256	2,6	83	83	5,5	5,8	6,0	5,3	130	120	104 – 134	132	109 – 139	221	192 – 237	198	179 – 227	60,1	58,6 – 62,5	60,7	58,6 – 63,1
131	Palaos	19	2,3	69	76	6,0	6,8	2,6	2,8	131	26	18 – 32	22	16 – 30	264	255 – 285	183	163 – 200	64,7	63,6 – 65,2	69,3	68,4 – 70,3
132	Panama	2 856	1,8	67	58	7,3	8,1	3,0	2,5	132	28	24 – 31	22	21 – 27	145	136 – 155	93	90 – 98	71,5	70,7 – 72,2	76,3	75,8 – 76,7
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 809	2,5	79	74	4,2	4,1	5,1	4,5	133	118	85 – 134	109	74 – 124	359	336 – 395	329	310 – 370	55,1	52,8 – 57,7	57,5	54,8 – 60,0
134	Paraguay	5 496	2,7	84	75	5,4	5,3	4,7	4,0	134	35	28 – 38	31	25 – 35	173	157 – 189	129	115 – 147	70,2	69,0 – 71,5	74,2	72,4 – 75,7
135	Pays-Bas	15 864	0,6	45	47	17,3	18,3	1,6	1,5	135	7	6 – 8	5	5 – 6	95	92 – 100	64	61 – 67	75,4	74,9 – 76,0	81,0	80,4 – 81,5
136	Pérou	25 662	1,8	73	62	6,1	7,2	3,7	2,8	136	53	48 – 56	48	44 – 52	190	178 – 201	139	128 – 151	66,7	65,9 – 67,6	71,6	70,4 – 72,7
137	Philippines	75 653	2,2	79	70	4,9	5,5	4,3	3,4	137	44	40 – 47	37	33 – 40	249	235 – 267	142	126 – 155	64,6	63,6 – 65,5	71,1	70,0 – 72,7
138	Pologne	38 605	0,1	54	46	14,9	16,6	2,0	1,4	138	12	11 – 13	11	9 – 12	226	222 – 232	88	84 – 92	69,2	68,9 – 69,5	77,7	77,2 – 78,2
139	Portugal	10 016	0,1	51	48	19,0	20,8	1,6	1,5	139	10	9 – 11	7	6 – 8	164	161 – 169	66	64 – 70	71,7	71,4 – 72,0	79,3	78,8 – 79,8
140	Qatar	565	2,2	42	39	2,1	3,1	4,4	3,5	140	20	17 – 23	13	11 – 15	173	170 – 177	121	117 – 124	70,4	70,1 – 70,7	75,0	74,6 – 75,4
141	République arabe syrienne	16 189	2,7	102	78	4,4	4,7	5,7	3,8	141	32	30 – 38	28	25 – 32	170	160 – 184	132	125 – 144	69,3	68,4 – 69,9	72,4	71,6 – 73,0
142	République centrafricaine	3 717	2,4	90	89	6,3	6,1	5,6	5,1	142	199	192 – 206	185	177 – 192	620	588 – 652	573	536 – 605	41,6	40,3 – 43,1	42,5	41,1 – 44,4
143	République de Corée	46 740	0,9	45	39	7,7	11,0	1,6	1,5	143	10	7 – 14	9	7 – 13	186	160 – 210	71	60 – 85	70,5	69,1 – 72,2	78,3	76,8 – 79,8
144	République démocratique du Congo	50 948	3,3	100	107	4,6	4,5	6,7	6,7	144	218	170 – 247	205	169 – 229	571	512 – 631	493	451 – 535	41,6	38,6 – 45,8	44,0	41,2 – 47,5
145	République démocratique populaire lao	5 279	2,5	91	86	6,1	5,6	6,1	5,1	145	152	130 – 189	134	120 – 169	355	323 – 422	299	271 – 339	52,2	47,4 – 54,9	56,1	52,0 – 58,3
146	République de Moldova	4 295	-0,2	57	48	12,8	13,7	2,4	1,5	146	26	23 – 29	21	18 – 24	325	310 – 340	165	152 – 178	63,1	62,4 – 63,8	70,5	69,6 – 71,4
147	République dominicaine	8 373	1,7	72	61	5,4	6,6	3,4	2,8	147	55	50 – 60	45	41 – 50	234	222 – 246	146	136 – 158	65,5	64,5 – 66,4	71,6	70,5 – 72,6
148	République populaire démocratique de Corée	22 268	1,1	47	48	7,6	10,0	2,4	2,1	148	54	31 – 80	52	30 – 79	238	215 – 264	192	167 – 217	64,5	62,0 – 66,3	67,2	64,6 – 69,2
149	République tchèque	10 272	0,0	51	43	17,7	18,4	1,8	1,2	149	6	6 – 7	6	5 – 6	174	171 – 177	75	72 – 76	71,5	71,3 – 71,7	78,2	78,0 – 78,6
150	République-Unie de Tanzanie	35 119	3,0	96	90	3,7	4,0	6,1	5,3	150	150	143 – 153	140	135 – 145	569	554 – 583	520	508 – 531	45,8	45,1 – 46,7	47,2	46,4 – 47,9
151	Roumanie	22 438	-0,3	51	46	15,7	18,8	1,9	1,3	151	25	22 – 27	21	18 – 23	260	245 – 275	117	105 – 125	66,2	65,5 – 67,0	73,5	72,7 – 74,6
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	59 415	0,3	54	53	20,9	20,6	1,8	1,7	152	7	7 – 8	6	5 – 6	109	108 – 112	67	65 – 68	74,8	74,6 – 75,0	79,9	79,7 – 80,2
153	Rwanda	7 609	1,2	99	88	4,1	4,2	6,9	6,0	153	219	202 – 227	199	182 – 207	667	604 – 722	599	537 – 653	38,5	36,8 – 41,1	40,5	38,6 – 43,3
154	Sainte-Lucie	148	1,2	78	61	8,8	7,8	3,4	2,6	154	20	17 – 24	14	13 – 19	210	200 – 225	135	125 – 150	69,2	68,2 – 69,9	74,2	73,1 – 75,2
155	Saint-Kitts-et-Nevis	38	-0,8	64	57	9,1	9,9	2,8	2,4	155	25	22 – 28	22	18 – 25	243	219 – 258	148	133 – 162	66,1	65,3 – 67,3	72,0	70,8 – 73,3
156	Saint-Marin	27	1,4	45	48	21,1	24,1	1,7	1,5	156	8	7 – 11	9	7 – 10	81	75 – 89	38	35 – 43	76,1	75,1 – 77,2	83,8	82,8 – 84,7
157	Saint-Vincent-et-Grenadines	113	0,7	64	57	9,1	9,9	2,3	1,9	157	20	17 – 25	17	15 – 22	246	230 – 269	165	149 – 181	67,7	66,5 – 68,7	73,3	72,2 – 74,8
158	Samoa	159	-0,1	80	84	6,1	6,8	4,8	4,4	158	37	32 – 44	30	22 – 36	242	226 – 261	151	140 – 164	66,7	65,5 – 67,7	72,9	71,8 – 74,0
159	Sao Tomé-et-Principe	138	1,9	93	78	7,0	6,5	6,3	6,1	159	94	66 – 110	97	65 – 114	269	250 – 308	226	211 – 246	60,3	57,8 – 62,5	61,9	60,0 – 64,2
160	Sénégal	9 421	2,5	94	88	4,7	4,2	6,3	5,3	160	141	133 – 148	133	125 – 140	355	321 – 384	303	272 – 328	54,0	52,6 – 56,0	56,1	54,7 – 58,1
161	Seychelles	80	1,5	54	47	8,3	9,0	2,2	1,9	161	16	14 – 18	12	10 – 14	268	240 – 296	122	105 – 145	66,5	65,2 – 67,9	74,2	72,4 – 76,2
162	Sierra Leone	4 405	0,8	87	89	5,0	4,8	6,5	6,5	162	292	237 – 324	265	213 – 286	587	482 – 683	531	436 – 625	37,0	32,9 – 43,3	38,8	35

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)					
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans				Hommes		Femmes			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude	2000	Intervalle d'incertitude
166	Somalie	8 778	2,1	102	101	4,3	3,9	7,3	7,3	166	221	211 – 225	199	191 – 205	516	480 – 548	452	420 – 482	43,8	42,6 – 45,4	45,9	44,7 – 47,6
167	Soudan	31 095	2,3	83	77	5,0	5,5	5,5	4,7	167	124	108 – 138	117	102 – 131	341	277 – 399	291	235 – 340	55,4	52,9 – 59,1	57,8	55,1 – 61,5
168	Sri Lanka	18 924	1,1	59	48	8,0	9,3	2,6	2,1	168	24	21 – 28	17	14 – 20	244	224 – 284	124	119 – 140	67,6	65,1 – 68,9	75,3	73,8 – 76,0
169	Suède	8 842	0,3	56	55	22,8	22,4	2,0	1,4	169	5	4 – 5	3	3 – 4	87	85 – 91	56	52 – 57	77,3	77,0 – 77,6	82,0	81,7 – 82,4
170	Suisse	7 170	0,5	45	48	19,1	21,3	1,5	1,4	170	6	6 – 7	6	5 – 6	99	97 – 104	58	56 – 61	76,7	76,3 – 77,0	82,5	82,1 – 82,9
171	Suriname	417	0,4	68	56	6,8	8,1	2,7	2,1	171	29	25 – 35	21	18 – 26	230	204 – 255	138	118 – 160	68,0	66,6 – 69,6	73,5	71,8 – 75,3
172	Swaziland	925	1,9	90	82	4,9	5,3	5,6	4,6	172	135	99 – 169	123	93 – 153	627	513 – 718	587	473 – 678	44,7	39,4 – 50,7	45,6	40,8 – 52,0
173	Tadjikistan	6 087	1,4	89	78	6,2	6,8	4,9	3,3	173	85	76 – 96	82	75 – 97	293	264 – 313	204	176 – 224	60,4	59,0 – 62,3	64,7	63,0 – 66,9
174	Tchad	7 885	3,1	95	98	5,3	4,9	6,7	6,7	174	192	182 – 202	171	161 – 181	449	429 – 471	361	340 – 381	47,4	46,1 – 48,7	51,1	49,7 – 52,6
175	Thaïlande	62 806	1,4	56	47	6,2	8,1	2,3	2,1	175	35	31 – 38	32	28 – 35	245	230 – 260	150	130 – 164	66,0	65,0 – 67,1	72,4	71,1 – 74,2
176	Togo	4 527	2,7	95	90	4,8	4,9	6,3	5,6	176	138	124 – 149	121	108 – 133	460	392 – 519	406	344 – 460	50,5	48,1 – 54,0	53,0	50,5 – 56,6
177	Tonga	99	0,3	70	65	5,7	6,8	4,8	3,8	177	29	24 – 33	19	15 – 23	226	211 – 236	159	145 – 160	67,4	66,8 – 68,3	72,9	72,6 – 73,9
178	Trinité-et-Tobago	1 294	0,6	66	46	8,7	9,6	2,4	1,6	178	16	13 – 22	13	10 – 18	209	176 – 229	133	124 – 144	68,5	67,4 – 70,5	73,8	72,8 – 74,7
179	Tunisie	9 459	1,5	72	55	6,6	8,4	3,6	2,2	179	29	24 – 32	34	31 – 40	169	158 – 182	99	91 – 113	69,2	68,3 – 70,0	73,4	71,9 – 74,3
180	Turkménistan	4 737	2,6	79	72	6,2	6,5	4,3	3,4	180	59	54 – 66	52	49 – 60	343	328 – 353	217	201 – 224	60,0	59,3 – 60,8	64,9	64,3 – 66,0
181	Turquie	66 668	1,7	65	56	7,1	8,4	3,4	2,5	181	49	45 – 52	45	41 – 48	218	201 – 220	120	107 – 126	66,8	66,6 – 68,0	72,5	71,9 – 74,0
182	Tuvalu	10	1,5	70	65	5,7	6,8	3,5	2,8	182	43	30 – 55	40	30 – 50	262	242 – 287	198	182 – 227	63,6	62,0 – 64,8	67,6	65,7 – 68,7
183	Ukraine	49 568	-0,5	51	46	18,5	20,5	1,8	1,2	183	18	17 – 19	13	12 – 14	365	353 – 378	135	129 – 140	62,6	62,0 – 63,1	73,3	72,9 – 73,8
184	Uruguay	3 337	0,7	60	60	16,4	17,2	2,5	2,3	184	19	18 – 21	14	13 – 16	185	182 – 188	89	86 – 92	70,0	69,8 – 70,3	77,9	77,5 – 78,2
185	Vanuatu	197	2,8	91	83	5,3	5,0	4,9	4,4	185	57	42 – 72	45	32 – 57	240	169 – 303	185	134 – 243	64,2	60,5 – 69,1	68,1	64,2 – 72,3
186	Venezuela (République bolivarienne du)	24 170	2,2	72	63	5,7	6,6	3,5	2,9	186	26	22 – 30	21	18 – 26	178	170 – 185	99	96 – 105	70,6	70,0 – 71,2	76,5	75,8 – 77,0
187	Viet Nam	78 137	1,7	78	63	7,3	7,5	3,7	2,4	187	38	35 – 41	30	27 – 33	203	188 – 217	139	128 – 151	66,7	65,7 – 67,8	71,0	69,9 – 72,0
188	Yémen	18 349	4,7	106	110	4,1	3,6	7,6	7,6	188	104	96 – 111	96	89 – 101	278	251 – 305	226	205 – 242	59,3	57,6 – 60,9	62,0	60,9 – 63,5
189	Yougoslavie	10 552	0,4	49	50	15,2	18,3	2,1	1,7	189	18	16 – 20	15	14 – 17	180	175 – 181	100	98 – 102	69,8	69,6 – 70,1	74,7	74,5 – 75,0
190	Zambie	10 421	2,6	95	98	4,4	4,5	6,3	5,9	190	170	150 – 185	156	143 – 170	725	630 – 798	687	600 – 754	39,2	36,1 – 43,8	39,5	36,5 – 43,7
191	Zimbabwe	12 627	2,1	95	94	4,6	4,7	5,8	4,8	191	108	101 – 111	98	91 – 101	650	628 – 662	612	596 – 631	45,4	44,7 – 46,5	46,0	44,9 – 47,1

Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST		EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité				Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte		Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	
<b>Population (000)</b>	<b>6 045 172</b>		<b>3 045 372</b>		<b>2 999 800</b>		<b>294 099</b>	<b>345 533</b>	<b>325 186</b>	<b>430 951</b>	<b>71 235</b>	<b>Population (000)</b>	<b>293 821</b>	<b>1 241 813</b>	<b>411 910</b>	<b>218 473</b>	<b>243 192</b>	<b>139 071</b>	<b>342 584</b>	<b>154 358</b>	<b>1 532 946</b>
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
<b>Total des décès</b>	<b>55 694</b>	<b>100</b>	<b>29 696</b>	<b>100</b>	<b>25 998</b>	<b>100</b>	<b>4 245</b>	<b>6 327</b>	<b>2 778</b>	<b>2 587</b>	<b>510</b>	<b>Total des décès</b>	<b>2 142</b>	<b>12 015</b>	<b>4 076</b>	<b>1 952</b>	<b>3 636</b>	<b>690</b>	<b>3 346</b>	<b>1 152</b>	<b>10 238</b>
<b>I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles</b>	<b>17 777</b>	<b>31,9</b>	<b>9 282</b>	<b>31,3</b>	<b>8 495</b>	<b>32,7</b>	<b>2 893</b>	<b>4 597</b>	<b>203</b>	<b>475</b>	<b>185</b>	<b>I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles</b>	<b>604</b>	<b>4 913</b>	<b>240</b>	<b>221</b>	<b>152</b>	<b>153</b>	<b>1 556</b>	<b>131</b>	<b>1 454</b>
Maladies infectieuses et parasitaires	10 457	18,8	5 637	19,0	4 819	18,5	1 969	3 467	60	213	93	Maladies infectieuses et parasitaires	332	2 540	49	85	86	84	836	25	618
Tuberculose	1 660	3,0	1 048	3,5	613	2,4	146	235	2	33	22	Tuberculose	157	517	6	19	49	7	129	6	336
MST, hormis VIH	217	0,4	119	0,4	97	0,4	43	58	0	1	0	MST, hormis VIH	1	95	0	2	1	0	12	0	3
Syphilis	197	0,4	118	0,4	79	0,3	42	56	0	0	0	Syphilis	1	85	0	1	0	0	10	0	2
Chlamydie	7	0,0	0	0,0	7	0,0	1	1	0	0	0	Chlamydie	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Gonococcie	4	0,0	0	0,0	4	0,0	1	1	0	0	0	Gonococcie	0	2	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	2 943	5,3	1 500	5,0	1 443	5,6	517	1 875	15	34	23	VIH/SIDA	37	334	10	1	10	0	54	0	32
Maladies diarrhéiques	2 124	3,8	1 178	4,0	946	3,6	272	433	2	49	27	Maladies diarrhéiques	30	921	2	27	4	24	262	1	71
Maladies de l'enfance	1 385	2,5	693	2,3	692	2,7	432	308	0	2	6	Maladies de l'enfance	43	337	0	8	0	1	196	0	52
Coqueluche	296	0,5	148	0,5	148	0,6	92	74	0	1	6	Coqueluche	1	62	0	0	0	0	57	0	2
Poliomyélite	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diptérie	3	0,0	2	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0	Diptérie	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	777	1,4	388	1,3	388	1,5	264	188	0	0	0	Rougeole	34	168	0	7	0	0	81	0	34
Tétanos	309	0,6	154	0,5	154	0,6	75	45	0	1	1	Tétanos	8	105	0	0	0	0	57	0	17
Méningite	156	0,3	87	0,3	69	0,3	19	23	1	9	1	Méningite	12	42	2	7	5	2	22	1	11
Hépatite <sup>c</sup>	128	0,2	70	0,2	57	0,2	15	18	5	3	1	Hépatite <sup>c</sup>	5	32	4	5	2	3	7	5	22
Paludisme	1 080	1,9	522	1,8	558	2,1	489	477	0	1	1	Paludisme	8	43	0	0	0	0	47	0	13
Maladies tropicales	124	0,2	76	0,3	48	0,2	33	30	0	20	3	Maladies tropicales	0	30	0	0	0	1	5	0	2
Trypanosomiase	50	0,1	32	0,1	18	0,1	25	24	0	0	0	Trypanosomiase	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Maladie de Chagas	21	0,0	12	0,0	9	0,0	0	0	0	18	3	Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiase	11	0,0	8	0,0	3	0,0	3	2	0	1	0	Schistosomiase	0	0	0	0	0	1	2	0	2
Leishmaniose	41	0,1	23	0,1	18	0,1	5	4	0	0	0	Leishmaniose	0	30	0	0	0	0	2	0	0
Filariose lymphatique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Filariose lymphatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Onchocercose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Onchocercose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	2	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Lèpre	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	12	0,0	8	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0	Dengue	1	10	0	0	0	0	1	0	1
Encéphalite japonaise	4	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0	Encéphalite japonaise	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Trachome	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trachome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	17	0,0	9	0,0	8	0,0	1	2	0	2	1	Infections à nématodes intestinaux	1	5	0	0	0	0	2	0	3
Ascaridose	6	0,0	3	0,0	3	0,0	0	1	0	1	0	Ascaridose	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Trichocephalose	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Trichocephalose	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ankylostomiase	6	0,0	4	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0	Ankylostomiase	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Infections des voies respiratoires	3 941	7,1	2 121	7,1	1 821	7,0	460	622	115	104	43	Infections des voies respiratoires	142	1 221	168	86	44	40	330	102	463
Infections des voies respiratoires inférieures	3 866	6,9	2 084	7,0	1 782	6,9	454	614	115	102	42	Infections des voies respiratoires inférieures	141	1 199	165	85	42	39	327	101	439
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	69	0,1	34	0,1	35	0,1	4	5	0	1	1	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	1	22	3	1	1	1	3	1	24
Otite moyenne	6	0,0	3	0,0	3	0,0	1	2	0	0	0	Otite moyenne	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Affections maternelles	495	0,9	0	0,0	495	1,9	97	146	0	13	7	Affections maternelles	21	122	0	2	1	3	62	0	19
Affections périnatales	2 439	4,4	1 307	4,4	1 133	4,4	296	281	17	106	28	Affections périnatales	90	919	11	42	19	20	284	2	321
Carences nutritionnelles	445	0,8	218	0,7	227	0,9	70	81	10	39	13	Carences nutritionnelles	19	110	11	6	2	5	43	1	32
Malnutrition protéino-énergétique	271	0,5	137	0,5	134	0,5	49	52	5	28	8	Malnutrition protéino-énergétique	8	66	3	2	1	2	23	1	22
Carence en iode	9	0,0	5	0,0	5	0,0	1	2	0	0	0	Carence en iode	0	3	0	0	0	0	2	0	0
Avitaminose A	41	0,1	17	0,1	24	0,1	11	13	0	0	0	Avitaminose A	0	10	0	0	0	0	6	0	0
Anémie	103	0,2	49	0,2	53	0,2	8	13	6	11	2	Anémie	6	27	8	3	2	1	8	0	7

Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST			EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité				Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forté chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forté chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forté chez l'enfant, forte chez l'adulte		Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forté chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	
<b>Population (000)</b>	<b>6 045 172</b>		<b>3 045 372</b>		<b>2 999 800</b>		<b>294 099</b>	<b>345 533</b>	<b>325 186</b>	<b>430 951</b>	<b>71 235</b>	<b>Population (000)</b>	<b>293 821</b>	<b>1 241 813</b>	<b>411 910</b>	<b>218 473</b>	<b>243 192</b>	<b>139 071</b>	<b>342 584</b>	<b>154 358</b>	<b>1 532 946</b>	
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
<b>II. Affections non transmissibles</b>	<b>32 855</b>	<b>59,0</b>	<b>16 998</b>	<b>57,2</b>	<b>15 856</b>	<b>61,0</b>	<b>1 043</b>	<b>1 286</b>	<b>2 397</b>	<b>1 779</b>	<b>276</b>	<b>II. Affections non transmissibles</b>	<b>1 307</b>	<b>5 961</b>	<b>3 637</b>	<b>1 588</b>	<b>3 009</b>	<b>459</b>	<b>1 530</b>	<b>942</b>	<b>7 640</b>	
Tumeurs malignes	6 930	12,4	3 918	13,2	3 011	11,6	228	305	652	371	50	Tumeurs malignes	226	877	1 056	290	536	78	164	341	1 756	
Bouche et oropharynx	340	0,6	242	0,8	98	0,4	11	22	11	10	2	Bouche et oropharynx	18	152	25	9	18	2	20	6	34	
Oesophage	413	0,7	274	0,9	139	0,5	5	21	16	14	1	Oesophage	3	68	28	11	15	4	10	12	205	
Estomac	744	1,3	464	1,6	280	1,1	18	18	19	42	10	Estomac	9	55	70	33	83	10	7	56	313	
Colon/rectum	579	1,0	303	1,0	276	1,1	11	15	77	26	3	Colon/rectum	23	32	141	29	67	5	7	44	100	
Foie	626	1,1	433	1,5	193	0,7	28	35	15	14	3	Foie	26	26	38	9	20	4	7	35	365	
Pancréas	214	0,4	114	0,4	100	0,4	3	5	34	13	1	Pancréas	4	11	52	12	30	2	1	20	26	
Trachée/bronches/poumon	1 213	2,2	895	3,0	318	1,2	9	14	182	47	3	Trachée/bronches/poumon	35	118	206	59	109	11	20	62	339	
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	65	0,1	35	0,1	30	0,1	4	5	13	5	0	Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	1	2	15	4	9	1	1	3	2	
Sein	459	0,8	0	0,0	458	1,8	14	24	56	28	3	Sein	26	78	91	21	43	5	12	12	46	
Col de l'utérus	288	0,5	0	0,0	288	1,1	21	38	6	17	6	Col de l'utérus	15	102	8	8	13	5	14	3	33	
Corps de l'utérus	76	0,1	0	0,0	76	0,3	1	2	9	10	1	Corps de l'utérus	2	2	16	6	13	1	1	3	9	
Ovaires	128	0,2	0	0,0	128	0,5	3	7	16	6	1	Ovaires	7	17	26	5	17	1	3	5	15	
Prostate	258	0,5	258	0,9	0	0,0	24	19	45	26	3	Prostate	6	15	71	9	14	3	4	11	9	
Vessie	157	0,3	117	0,4	40	0,2	8	6	16	6	1	Vessie	5	15	37	9	18	3	9	6	18	
Lymphome	291	0,5	173	0,6	118	0,5	18	19	47	16	3	Lymphome	14	40	54	9	14	5	12	14	27	
Leucémie	265	0,5	145	0,5	119	0,5	8	12	27	18	3	Leucémie	12	38	37	9	15	7	9	9	62	
Autres néoplasmes	115	0,2	59	0,2	56	0,2	1	2	10	9	2	Autres néoplasmes	26	5	27	3	5	1	4	10	10	
Diabète sucré	810	1,5	345	1,2	465	1,8	19	35	76	120	23	Diabète sucré	50	146	86	26	25	11	52	17	123	
Troubles nutritionnels et endocriniens	224	0,4	103	0,3	121	0,5	17	20	29	24	6	Troubles nutritionnels et endocriniens	15	16	24	2	2	3	25	8	33	
Affections neuropsychiatriques	948	1,7	477	1,6	472	1,8	31	44	135	51	13	Affections neuropsychiatriques	51	169	158	27	33	11	73	20	131	
Dépression unipolaire majeure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Dépression unipolaire majeure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trouble affectif bipolaire	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0	Trouble affectif bipolaire	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
Psychoses	17	0,0	8	0,0	9	0,0	0	0	1	0	0	Psychoses	2	6	1	0	0	1	1	0	5	
Epilepsie	98	0,2	59	0,2	38	0,1	9	15	2	6	2	Epilepsie	5	19	6	5	4	2	5	1	18	
Syndrome de dépendance alcoolique	84	0,2	73	0,2	12	0,0	2	5	8	13	4	Syndrome de dépendance alcoolique	5	7	13	5	9	0	2	1	11	
Maladie d'Alzheimer et autres démences	276	0,5	93	0,3	183	0,7	2	3	61	7	1	Maladie d'Alzheimer et autres démences	20	37	76	4	7	1	5	7	48	
Maladie de Parkinson	90	0,2	44	0,1	45	0,2	2	2	16	2	0	Maladie de Parkinson	2	10	21	1	1	1	4	4	24	
Sclérose en plaques	17	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	3	1	0	Sclérose en plaques	0	3	4	1	2	0	0	0	1	
Toxicomanie	15	0,0	14	0,0	2	0,0	0	0	2	1	0	Toxicomanie	1	3	4	0	0	0	0	1	3	
Troubles anxieux et post-traumatiques	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Troubles anxieux et post-traumatiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Troubles obsessionnels compulsifs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Troubles obsessionnels compulsifs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trouble panique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trouble panique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Insomnie (primaire)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Insomnie (primaire)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Migraine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Migraine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Maladies des organes des sens	7	0,0	3	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0	Maladies des organes des sens	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
Glaucome	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Perte de l'audition, survenue chez l'adulte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cataractes	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Glaucome	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Perte de l'audition, survenue chez l'adulte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Cataractes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Maladies cardio-vasculaires	16 701	30,0	8 195	27,6	8 506	32,7	460	514	1 138	786	98	Maladies cardio-vasculaires	598	3 493	1 797	1 051	2 125	276	811	406	3 147	
Cardiopathie rhumatismale	332	0,6	137	0,5	195	0,7	13	16	6	6	3	Cardiopathie rhumatismale	11	106	12	10	16	4	17	3	110	
Cardiopathie ischémique	6 894	12,4	3 625	12,2	3 269	12,6	162	167	581	306	29	Cardiopathie ischémique	237	1 706	762	472	1 115	136	288	140	792	
Maladie cérébrovasculaire	5 101	9,2	2 406	8,1	2 695	10,4	137	166	197	229	24	Maladie cérébrovasculaire	181	625	470	276	741	58	158	173	1 667	
Cardiopathie inflammatoire	395	0,7	216	0,7	180	0,7	15	19	34	27	3	Cardiopathie inflammatoire	13	111	28	23	26	4	12	8	74	



Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE			AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST		EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte		Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	
<b>Population (000)</b>	<b>6 045 172</b>		<b>3 045 372</b>		<b>2 999 800</b>		<b>294 099</b>	<b>345 533</b>	<b>325 186</b>	<b>430 951</b>	<b>71 235</b>	<b>Population (000)</b>	<b>293 821</b>	<b>1 241 813</b>	<b>411 910</b>	<b>218 473</b>	<b>243 192</b>	<b>139 071</b>	<b>342 584</b>	<b>154 358</b>	<b>1 532 946</b>	
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
Affections des voies respiratoires	3 542	6,4	1 891	6,4	1 651	6,3	101	131	172	170	16	Affections des voies respiratoires	135	482	205	65	127	26	126	57	1 728	
Bronchopneumopathie chronique obstructive	2 523	4,5	1 367	4,6	1 156	4,4	51	63	124	76	6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	52	255	136	42	93	13	43	23	1 545	
Asthme	218	0,4	107	0,4	111	0,4	8	16	7	11	3	Asthme	22	35	14	9	11	5	17	7	55	
Maladies de l'appareil digestif	1 923	3,5	1 151	3,9	772	3,0	87	112	97	144	32	Maladies de l'appareil digestif	115	367	185	81	112	23	123	46	399	
Ulcère peptique	237	0,4	140	0,5	96	0,4	6	10	6	11	4	Ulcère peptique	21	53	18	7	14	3	6	5	74	
Cirrhose du foie	797	1,4	531	1,8	266	1,0	31	38	30	58	17	Cirrhose du foie	42	181	68	47	55	7	28	15	180	
Appendicite	33	0,1	19	0,1	13	0,1	1	1	1	2	1	Appendicite	1	18	1	1	1	0	1	0	6	
Maladies de l'appareil génito-urinaire	825	1,5	447	1,5	378	1,5	54	67	57	49	14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	56	140	60	26	28	17	69	27	162	
Néphrite/néphrose	620	1,1	327	1,1	293	1,1	35	44	31	38	12	Néphrite/néphrose	45	122	40	18	11	11	58	24	131	
Hypertrophie bénigne de la prostate	35	0,1	35	0,1	0	0,0	3	4	1	2	1	Hypertrophie bénigne de la prostate	1	8	1	2	3	1	1	0	8	
Maladies de la peau	68	0,1	30	0,1	38	0,1	10	12	4	5	2	Maladies de la peau	5	6	8	1	2	0	5	1	8	
Maladies ostéomusculaires	104	0,2	36	0,1	68	0,3	6	7	12	9	3	Maladies ostéomusculaires	10	3	18	2	4	1	3	5	20	
Arthrite rhumatoïde	20	0,0	6	0,0	14	0,1	1	1	2	2	1	Arthrite rhumatoïde	2	1	4	1	1	0	0	2	2	
Arthrose	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0	Arthrose	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Anomalies congénitales	657	1,2	341	1,1	315	1,2	30	36	15	40	16	Anomalies congénitales	20	254	13	12	10	12	76	4	119	
Affections de la cavité buccale	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Affections de la cavité buccale	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Caries dentaires	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Caries dentaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Maladie périodontale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Maladie périodontale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Edentation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Edentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>III. Traumatismes</b>	<b>5 062</b>	<b>9,1</b>	<b>3 415</b>	<b>11,5</b>	<b>1 647</b>	<b>6,3</b>	<b>308</b>	<b>445</b>	<b>178</b>	<b>333</b>	<b>50</b>	<b>III. Traumatismes</b>	<b>231</b>	<b>1 141</b>	<b>199</b>	<b>143</b>	<b>475</b>	<b>79</b>	<b>259</b>	<b>78</b>	<b>1 144</b>	
Non intentionnels	3 403	6,1	2 262	7,6	1 141	4,4	196	245	119	185	29	Non intentionnels	155	900	140	88	285	61	181	49	769	
Accidents de la circulation	1 260	2,3	931	3,1	329	1,3	69	99	49	82	10	Accidents de la circulation	115	320	46	20	55	40	51	16	288	
Empoisonnements	315	0,6	204	0,7	112	0,4	15	20	12	3	2	Empoisonnements	4	78	6	14	89	2	16	1	53	
Chutes	283	0,5	170	0,6	113	0,4	8	10	23	15	2	Chutes	8	31	48	11	17	4	17	8	81	
Incendies	238	0,4	104	0,3	135	0,5	18	17	4	5	1	Incendies	7	121	3	4	15	4	20	2	19	
Noyades	450	0,8	301	1,0	148	0,6	44	40	5	20	2	Noyades	12	85	4	10	33	3	16	6	169	
Autres traumatismes non intentionnels	857	1,5	553	1,9	304	1,2	42	60	26	60	12	Autres traumatismes non intentionnels	8	266	34	29	76	8	61	16	158	
Intentionnels	1 659	3,0	1 153	3,9	506	1,9	112	199	59	148	21	Intentionnels	76	241	59	55	190	17	78	30	376	
Auto-infligés	815	1,5	509	1,7	305	1,2	10	17	39	23	4	Auto-infligés	19	150	54	25	107	7	16	28	315	
Violence	520	0,9	401	1,4	119	0,5	40	76	20	123	17	Violence	11	66	4	11	62	7	24	1	58	
Fait de guerre	310	0,6	233	0,8	77	0,3	62	106	0	2	0	Fait de guerre	45	18	0	17	20	3	36	0	2	

<sup>a</sup> Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.

<sup>b</sup> La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres de groupes de causes en raison de l'omission de catégories résiduelles.

<sup>c</sup> A l'exclusion du cancer du foie et de la cirrhose, décès imputables à l'infection chronique par le virus de l'hépatite.

**Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000**

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE			AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST		EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			
	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte		Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte				
<b>Population (000)</b>	<b>6 045 172</b>		<b>3 045 372</b>		<b>2 999 800</b>		<b>294 099</b>	<b>345 533</b>	<b>325 186</b>	<b>430 951</b>	<b>71 235</b>	<b>Population (000)</b>	<b>293 821</b>	<b>1 241 813</b>	<b>411 910</b>	<b>218 473</b>	<b>243 192</b>	<b>139 071</b>	<b>342 584</b>	<b>154 358</b>	<b>1 532 946</b>	
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
<b>Total d'AVCI</b>	<b>1 472 392</b>	<b>100</b>	<b>765 774</b>	<b>100</b>	<b>706 619</b>	<b>100</b>	<b>143 671</b>	<b>209 616</b>	<b>45 991</b>	<b>79 562</b>	<b>16 803</b>	<b>Total d'AVCI</b>	<b>60 423</b>	<b>364 581</b>	<b>52 862</b>	<b>40 278</b>	<b>59 972</b>	<b>22 400</b>	<b>110 959</b>	<b>16 393</b>	<b>248 883</b>	
<b>I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles</b>	<b>610 353</b>	<b>41.5</b>	<b>294 708</b>	<b>38.5</b>	<b>315 645</b>	<b>44.7</b>	<b>102 806</b>	<b>155 682</b>	<b>3 181</b>	<b>17 565</b>	<b>6 213</b>	<b>I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles</b>	<b>20 700</b>	<b>163 137</b>	<b>2 800</b>	<b>8 608</b>	<b>5 164</b>	<b>6 592</b>	<b>56 529</b>	<b>1 110</b>	<b>60 266</b>	
Maladies infectieuses et parasitaires	340 176	23,1	173 704	22,7	166 473	23,6	68 459	114 085	1 478	7 820	3 058	Maladies infectieuses et parasitaires	9 745	76 637	1 097	3 118	2 608	2 965	28 474	397	20 234	
Tuberculose	35 792	2,4	21 829	2,9	13 962	2,0	3 754	6 034	20	633	482	Tuberculose	3 063	11 929	63	444	1 096	176	2 775	53	5 272	
MST, hormis VIH	15 839	1,1	5 808	0,8	10 031	1,4	2 837	3 351	110	601	98	MST, hormis VIH	541	5 981	122	201	194	79	1 150	51	521	
Syphilis	5 574	0,4	3 095	0,4	2 479	0,4	1 353	1 817	1	23	4	Syphilis	33	1 932	1	24	4	3	316	1	62	
Chlamydie	6 128	0,4	902	0,1	5 226	0,7	829	837	91	389	63	Chlamydie	291	2 442	105	120	140	51	463	41	266	
Gonococcie	3 919	0,3	1 758	0,2	2 161	0,3	655	693	16	186	31	Gonococcie	215	1 505	15	35	38	20	313	8	189	
VIH/SIDA	90 392	6,1	44 366	5,8	46 026	6,5	15 605	57 046	504	1 145	714	VIH/SIDA	1 198	10 279	307	36	421	2	1 784	11	1 340	
Maladies diarrhéiques	62 227	4,2	32 399	4,2	29 828	4,2	8 070	13 424	108	1 838	882	Maladies diarrhéiques	976	22 387	109	963	166	815	8 358	45	4 084	
Maladies de l'enfance	50 380	3,4	25 151	3,3	25 229	3,6	15 396	11 043	50	202	256	Maladies de l'enfance	1 599	12 128	66	332	34	63	6 934	37	2 240	
Coqueluche	12 768	0,9	6 369	0,8	6 398	0,9	3 612	2 922	50	178	236	Coqueluche	133	2 737	63	63	29	42	2 204	36	462	
Poliomyélite	184	0,0	95	0,0	89	0,0	16	7	0	6	1	Poliomyélite	11	62	1	5	1	5	16	0	52	
Diptérie	114	0,0	61	0,0	53	0,0	24	23	0	2	0	Diptérie	4	35	0	6	1	0	16	0	4	
Rougeole	27 549	1,9	13 755	1,8	13 793	2,0	9 344	6 646	0	2	3	Rougeole	1 212	5 989	1	252	2	10	2 882	1	1 206	
Tétanos	9 766	0,7	4 870	0,6	4 895	0,7	2 400	1 446	0	14	17	Tétanos	239	3 306	1	6	1	7	1 816	0	516	
Méningite	5 751	0,4	3 011	0,4	2 740	0,4	698	817	47	437	46	Méningite	442	1 429	66	206	125	71	800	14	555	
Hépatite <sup>c</sup>	2 739	0,2	1 400	0,2	1 339	0,2	334	444	82	59	35	Hépatite <sup>c</sup>	98	756	45	142	46	73	181	56	389	
Paludisme	40 213	2,7	19 237	2,5	20 976	3,0	17 916	17 832	1	83	27	Paludisme	292	1 582	2	19	0	47	1 898	2	514	
Maladies tropicales	12 289	0,8	8 271	1,1	4 018	0,6	3 051	3 012	9	701	109	Maladies tropicales	242	3 772	0	7	0	62	846	4	472	
Trypanosomiase	1 585	0,1	1 013	0,1	572	0,1	804	754	0	0	0	Trypanosomiase	0	0	0	0	0	0	26	0	0	
Maladie de Chagas	680	0,0	360	0,0	320	0,0	0	0	7	582	91	Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Schistosomiase	1 713	0,1	1 037	0,1	676	0,1	648	724	1	70	9	Schistosomiase	3	1	0	0	0	43	154	0	60	
Leishmaniose	1 810	0,1	1 067	0,1	744	0,1	222	173	1	41	5	Leishmaniose	6	1 210	0	6	0	16	124	0	9	
Filariose lymphatique	5 549	0,4	4 245	0,6	1 304	0,2	894	966	0	8	1	Filariose lymphatique	233	2 562	0	1	0	4	473	4	403	
Onchocercose	951	0,1	549	0,1	402	0,1	484	395	0	1	2	Onchocercose	0	0	0	0	0	0	69	0	0	
Lèpre	141	0,0	76	0,0	65	0,0	8	8	0	15	0	Lèpre	7	83	0	0	0	0	12	0	6	
Dengue	433	0,0	286	0,0	147	0,0	2	4	0	3	7	Dengue	25	346	0	0	0	0	0	19	0	26
Encéphalite japonaise	426	0,0	207	0,0	219	0,0	0	0	0	0	0	Encéphalite japonaise	22	61	0	0	0	0	6	0	336	
Trachome	1 181	0,1	319	0,0	862	0,1	212	232	0	0	0	Trachome	24	50	0	0	0	71	108	0	484	
Infections à nématodes intestinaux	4 811	0,3	2 461	0,3	2 350	0,3	289	364	11	549	123	Infections à nématodes intestinaux	469	1 044	0	8	1	47	248	6	1 651	
Ascarirose	1 252	0,1	636	0,1	616	0,1	48	70	3	168	27	Ascarirose	114	123	0	7	0	20	83	1	588	
Trichocéphalose	1 640	0,1	836	0,1	803	0,1	50	70	5	239	46	Trichocéphalose	194	202	0	0	0	1	31	2	799	
Ankylostomiase	1 829	0,1	939	0,1	890	0,1	191	222	3	125	20	Ankylostomiase	160	703	0	0	0	26	134	2	242	
Infections des voies respiratoires	97 658	6,6	50 452	6,6	47 206	6,7	13 210	17 823	561	2 400	1 144	Infections des voies respiratoires	3 456	29 005	676	2 264	951	1 279	10 120	381	14 387	
Infections des voies respiratoires inférieures	94 222	6,4	48 786	6,4	45 436	6,4	12 933	17 467	509	2 233	1 095	Infections des voies respiratoires inférieures	3 350	28 134	612	2 182	894	1 212	9 929	358	13 316	
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	1 963	0,1	916	0,1	1 047	0,1	149	188	15	56	27	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	38	528	28	48	31	28	77	10	741	
Otite moyenne	1 472	0,1	750	0,1	722	0,1	128	168	37	110	22	Otite moyenne	69	343	37	34	27	40	115	13	330	
Affections maternelles	34 480	2,3	0	0,0	34 480	4,9	5 166	7 710	182	1 321	431	Affections maternelles	1 992	9 132	206	908	448	693	3 502	76	2 713	
Affections périnatales	91 797	6,2	49 072	6,4	42 726	6,0	11 390	10 845	613	3 905	1 034	Affections périnatales	3 224	34 473	435	1 669	771	819	10 424	94	12 101	
Carences nutritionnelles	46 242	3,1	21 480	2,8	24 761	3,5	4 580	5 219	347	2 119	547	Carences nutritionnelles	2 283	13 890	386	649	385	836	4 009	161	10 830	
Malnutrition protéino-énergétique	16 483	1,1	8 298	1,1	8 185	1,2	2 578	2 904	34	763	239	Malnutrition protéino-énergétique	567	4 907	25	151	61	176	1 647	21	2 409	
Carence en iode	1 218	0,1	572	0,1	646	0,1	140	193	3	7	2	Carence en iode	32	486	5	27	32	31	173	2	85	

Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE			AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST			EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte		Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
<i>Population (000)</i>	<i>6 045 172</i>		<i>3 045 372</i>		<i>2 999 800</i>		<i>294 099</i>	<i>345 533</i>	<i>325 186</i>	<i>430 951</i>	<i>71 235</i>	<i>Population (000)</i>	<i>293 821</i>	<i>1 241 813</i>	<i>411 910</i>	<i>218 473</i>	<i>243 192</i>	<i>139 071</i>	<i>342 584</i>	<i>154 358</i>	<i>1 532 946</i>		
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)		
Avitaminose A	1 392	0,1	587	0,1	805	0,1	382	440	0	3	1	6	373	0	1	0	3	161	0	23			
Anémie	26 650	1,8	11 807	1,5	14 843	2,1	1 468	1 680	306	1 341	237	1 624	8 053	352	445	266	588	1 890	137	8 264			
<b>II. Affections non transmissibles</b>	<b>679 484</b>	<b>46,1</b>	<b>352 434</b>	<b>46,0</b>	<b>327 050</b>	<b>46,3</b>	<b>28 701</b>	<b>36 552</b>	<b>38 260</b>	<b>49 550</b>	<b>8 658</b>	<b>31 624</b>	<b>155 306</b>	<b>45 608</b>	<b>26 860</b>	<b>41 365</b>	<b>12 654</b>	<b>43 155</b>	<b>13 643</b>	<b>147 547</b>			
Tumeurs malignes	78 508	5,3	42 208	5,5	36 300	5,1	2 741	3 942	5 624	4 320	628	3 160	12 398	8 659	3 278	5 706	1 086	2 514	2 820	21 633			
Bouche et oropharynx	4 379	0,3	3 152	0,4	1 227	0,2	124	297	110	119	16	259	1 978	291	107	217	30	277	59	495			
Oesophage	4 096	0,3	2 721	0,4	1 375	0,2	56	237	133	127	7	34	804	233	107	150	36	114	96	1 960			
Estomac	7 326	0,5	4 565	0,6	2 761	0,4	198	211	143	386	96	99	669	475	323	800	108	103	452	3 264			
Côlon/rectum	5 659	0,4	3 074	0,4	2 585	0,4	132	171	617	260	26	287	442	1 082	283	606	60	115	397	1 181			
Foie	7 948	0,5	5 600	0,7	2 348	0,3	402	519	126	140	35	333	369	272	87	187	48	91	291	5 048			
Pancréas	1 867	0,1	1 064	0,1	803	0,1	31	53	242	114	11	53	134	365	113	289	16	19	143	282			
Trachée/bronches/poumon	11 418	0,8	8 303	1,1	3 115	0,4	98	157	1 443	481	27	369	1 223	1 665	604	1 093	121	211	430	3 495			
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	690	0,0	387	0,1	303	0,0	35	60	133	54	5	11	29	146	43	92	10	19	27	27			
Sein	6 386	0,4	4	0,0	6 382	0,9	182	315	686	392	41	454	1 220	1 013	297	558	80	191	194	763			
Col de l'utérus	4 649	0,3	0	0,0	4 649	0,7	273	515	98	273	83	262	1 888	106	124	169	70	235	34	519			
Corps de l'utérus	993	0,1	0	0,0	993	0,1	13	21	93	174	27	29	35	144	89	160	14	12	33	149			
Ovaires	1 651	0,1	0	0,0	1 651	0,2	44	95	149	85	13	118	281	234	70	200	9	61	58	233			
Prostate	1 526	0,1	1 526	0,2	0	0,0	144	124	255	147	19	40	94	376	61	106	15	28	63	54			
Vessie	1 329	0,1	998	0,1	331	0,0	69	64	116	50	5	48	134	273	87	166	22	100	41	152			
Lymphome	3 994	0,3	2 569	0,3	1 424	0,2	317	366	396	224	41	230	720	445	136	186	94	271	115	454			
Leucémie	5 147	0,3	2 835	0,4	2 312	0,3	131	234	254	382	87	265	1 004	334	163	197	154	246	97	1 600			
Autres néoplasmes	1 394	0,1	728	0,1	666	0,1	28	46	81	130	31	387	98	175	37	66	25	72	68	151			
Diabète sucré	14 943	1,0	7 002	0,9	7 941	1,1	289	433	1 290	1 901	292	764	3 294	1 008	667	841	366	963	457	2 378			
Troubles nutritionnels et endocriniens	8 061	0,5	3 728	0,5	4 332	0,6	751	867	768	1 205	307	381	498	618	183	162	178	912	220	1 008			
Affections neuropsychiatriques	181 755	12,3	88 423	11,5	93 332	13,2	6 920	8 539	14 076	16 711	2 841	7 669	39 250	15 285	6 599	9 196	3 812	10 497	3 878	36 482			
Dépression unipolaire majeure	64 963	4,4	25 901	3,4	39 063	5,5	1 906	2 154	5 031	5 589	867	2 832	17 123	4 074	2 548	2 634	1 184	3 507	1 000	14 515			
Trouble affectif bipolaire	13 645	0,9	6 897	0,9	6 747	1,0	743	852	504	1 026	172	702	2 990	621	466	450	354	809	243	3 713			
Psychoses	15 686	1,1	8 013	1,0	7 672	1,1	732	827	509	1 221	204	1 055	3 538	595	559	437	453	956	235	4 365			
Epilepsie	7 067	0,5	3 832	0,5	3 235	0,5	423	690	262	848	190	371	1 528	358	256	219	131	400	99	1 291			
Syndrome de dépendance alcoolique	18 469	1,3	15 844	2,1	2 624	0,4	368	858	3 032	2 848	446	304	1 910	2 691	297	2 253	18	303	595	2 546			
Maladie d'Alzheimer et autres démences	12 464	0,8	5 381	0,7	7 083	1,0	280	300	1 415	750	64	428	1 873	3 101	450	994	170	458	505	1 678			
Maladie de Parkinson	1 473	0,1	723	0,1	750	0,1	30	37	227	43	6	49	231	281	62	77	20	58	105	248			
Sclérose en plaques	1 475	0,1	630	0,1	845	0,1	51	40	110	100	15	63	318	155	63	81	34	72	29	346			
Toxicomanie	5 830	0,4	4 535	0,6	1 295	0,2	526	601	697	788	227	120	511	717	156	295	391	214	250	335			
Troubles anxieux et post-traumatiques	3 230	0,2	896	0,1	2 335	0,3	141	158	176	200	31	179	706	207	123	131	78	180	81	841			
Troubles obsessionnels compulsifs	4 761	0,3	2 048	0,3	2 713	0,4	370	428	218	535	85	170	823	257	267	284	184	326	63	752			
Trouble panique	6 591	0,4	2 239	0,3	4 352	0,6	336	386	262	494	83	361	1 479	323	241	237	174	397	128	1 691			
Insomnie (primaire)	3 361	0,2	1 447	0,2	1 914	0,3	134	150	258	310	47	114	839	345	116	159	33	151	129	576			
Migraine	7 539	0,5	2 045	0,3	5 494	0,8	182	236	490	729	146	334	1 686	747	250	240	144	394	155	1 805			
Maladies des organes des sens	37 673	2,6	19 253	2,5	18 420	2,6	2 537	3 187	1 278	2 676	483	2 425	10 795	1 348	1 158	1 644	1 032	2 644	474	5 991			
Glaucome	1 744	0,1	628	0,1	1 115	0,2	220	369	21	122	8	47	98	61	52	146	92	194	11	303			
Cataractes	10 585	0,7	4 981	0,7	5 604	0,8	1 190	1 114	45	363	141	760	3 788	21	101	279	212	885	21	1 665			
Perte de l'audition, survenue chez l'adulte	25 276	1,7	13 610	1,8	11 665	1,7	1 122	1 698	1 212	2 188	332	1 616	6 890	1 265	1 005	1 219	728	1 557	442	4 001			
Maladies cardio-vasculaires	150 975	10,3	80 325	10,5	70 651	10,0	5 049	6 445	7 240	7 753	1 064	6 771	39 658	9 533	8 262	15 586	2 852	10 287	2 584	27 892			
Cardiopathie rhumatismale	6 528	0,4	2 773	0,4	3 755	0,5	320	446	53	113	78	279	2 384	81	177	232	85	501	22	1 757			

Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS<sup>a</sup>, estimations pour 2000

Causes <sup>b</sup>	SEXE						AFRIQUE			AMERIQUES			Causes <sup>b</sup>	ASIE DU SUD-EST		EUROPE			MEDITERRANEE ORIENTALE		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité			
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte		Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	
<b>Population (000)</b>	<b>6 045 172</b>		<b>3 045 372</b>		<b>2 999 800</b>		<b>294 099</b>	<b>345 533</b>	<b>325 186</b>	<b>430 951</b>	<b>71 235</b>	<b>Population (000)</b>	<b>293 821</b>	<b>1 241 813</b>	<b>411 910</b>	<b>218 473</b>	<b>243 192</b>	<b>139 071</b>	<b>342 584</b>	<b>154 358</b>	<b>1 532 946</b>	
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
Cardiopathie ischémique	55 682	3,8	31 997	4,2	23 685	3,4	1 526	1 721	3 288	2 673	255	Cardiopathie ischémique	2 327	16 435	4 066	3 536	7 887	1 321	2 795	797	7 055	
Maladie cérébrovasculaire	45 677	3,1	23 072	3,0	22 606	3,2	1 439	2 058	1 594	2 735	317	Maladie cérébrovasculaire	1 936	6 950	2 732	2 415	5 284	600	2 101	1 268	14 248	
Cardiopathie inflammatoire	6 631	0,5	3 860	0,5	2 771	0,4	334	435	390	409	48	Cardiopathie inflammatoire	272	2 322	280	381	503	58	248	82	869	
Affections des voies respiratoires	68 737	4,7	37 408	4,9	31 329	4,4	3 270	4 397	2 667	4 718	719	Affections des voies respiratoires	2 784	13 917	2 648	1 597	2 170	701	4 036	856	24 256	
Bronchopneumopathie chronique obstructive	33 748	2,3	18 677	2,4	15 071	2,1	717	961	1 262	1 032	88	Bronchopneumopathie chronique obstructive	959	5 206	1 239	731	1 241	178	827	179	19 127	
Asthme	13 858	0,9	7 509	1,0	6 350	0,9	892	1 278	769	1 574	301	Asthme	678	2 718	717	346	237	308	918	380	2 743	
Maladies de l'appareil digestif	48 874	3,3	29 367	3,8	19 507	2,8	2 764	3 501	1 677	3 676	779	Maladies de l'appareil digestif	2 964	12 057	2 457	2 086	2 544	577	3 996	733	9 063	
Ulcère peptique	4 113	0,3	2 651	0,3	1 462	0,2	132	201	53	144	44	Ulcère peptique	289	1 310	133	118	227	34	178	37	1 213	
Cirrhose du foie	14 856	1,0	10 358	1,4	4 497	0,6	492	648	492	1 121	306	Cirrhose du foie	857	4 116	931	765	932	136	628	215	3 216	
Appendicite	887	0,1	542	0,1	345	0,0	22	33	14	40	17	Appendicite	33	538	16	14	19	6	19	5	111	
Maladies de l'appareil génito-urinaire	15 875	1,1	9 099	1,2	6 777	1,0	1 194	1 559	564	1 037	268	Maladies de l'appareil génito-urinaire	981	3 117	547	579	727	387	1 431	227	3 258	
Néphrite/néphrose	9 150	0,6	4 921	0,6	4 229	0,6	597	818	172	479	170	Néphrite/néphrose	649	2 351	196	271	184	174	1 022	103	1 965	
Hypertrophie bénigne de la prostate	2 304	0,2	2 304	0,3	0	0,0	122	134	84	193	28	Hypertrophie bénigne de la prostate	107	459	120	66	80	62	120	49	679	
Maladies de la peau	1 859	0,1	1 033	0,1	827	0,1	272	376	51	124	36	Maladies de la peau	164	296	68	33	89	11	156	14	167	
Maladies ostéomusculaires	29 938	2,0	12 919	1,7	17 019	2,4	903	952	1 883	2 194	314	Maladies ostéomusculaires	1 465	6 542	2 289	1 328	1 688	480	1 395	936	7 571	
Arthrite rhumatoïde	5 099	0,3	1 434	0,2	3 665	0,5	55	45	331	604	92	Arthrite rhumatoïde	133	1 507	283	295	367	79	300	113	894	
Arthrose	16 446	1,1	6 650	0,9	9 796	1,4	574	598	1 024	941	113	Arthrose	848	3 415	1 474	759	996	244	704	634	4 121	
Anomalies congénitales	32 871	2,2	17 053	2,2	15 819	2,2	1 749	2 041	719	2 291	749	Anomalies congénitales	1 071	11 699	621	669	595	743	3 606	238	6 082	
Affections de la cavité buccale	8 021	0,5	3 890	0,5	4 131	0,6	235	268	343	813	146	Affections de la cavité buccale	638	1 687	352	384	350	405	645	140	1 615	
Caries dentaires	4 626	0,3	2 344	0,3	2 282	0,3	174	202	176	693	128	Caries dentaires	241	1 053	200	189	167	197	356	76	775	
Maladie périodontale	293	0,0	148	0,0	144	0,0	14	16	13	20	3	Maladie périodontale	15	97	16	11	13	5	18	6	46	
Édentation	2 979	0,2	1 359	0,2	1 620	0,2	42	44	152	92	12	Édentation	377	503	133	182	169	201	255	58	759	
<b>III. Traumatismes</b>	<b>182 555</b>	<b>12,4</b>	<b>118 631</b>	<b>15,5</b>	<b>63 924</b>	<b>9,0</b>	<b>12 164</b>	<b>17 382</b>	<b>4 550</b>	<b>12 447</b>	<b>1 931</b>	<b>III. Traumatismes</b>	<b>8 098</b>	<b>46 138</b>	<b>4 454</b>	<b>4 810</b>	<b>13 443</b>	<b>3 153</b>	<b>11 275</b>	<b>1 639</b>	<b>41 070</b>	
Non intentionnels	136 485	9,3	87 309	11,4	49 176	7,0	8 605	11 122	3 099	7 565	1 285	Non intentionnels	5 720	38 960	3 308	3 404	8 890	2 586	8 719	1 113	32 110	
Accidents de la circulation	41 234	2,8	30 333	4,0	10 902	1,5	2 289	3 473	1 512	2 781	326	Accidents de la circulation	3 913	10 120	1 407	635	1 721	1 400	1 935	359	9 363	
Empoisonnements	8 235	0,6	5 057	0,7	3 178	0,4	493	705	283	97	44	Empoisonnements	106	2 293	128	348	1 799	52	524	20	1 342	
Chutes	19 518	1,3	11 760	1,5	7 758	1,1	802	990	414	994	193	Chutes	697	4 388	742	577	956	467	1 474	198	6 624	
Incendies	9 989	0,7	3 929	0,5	6 060	0,9	851	839	139	175	25	Incendies	233	5 397	58	134	334	118	1 010	30	646	
Noyades	13 263	0,9	8 874	1,2	4 389	0,6	1 428	1 260	124	588	59	Noyades	376	2 376	78	274	823	100	498	69	5 210	
Autres traumatismes non intentionnels	44 246	3,0	27 356	3,6	16 890	2,4	2 741	3 854	627	2 929	639	Autres traumatismes non intentionnels	394	14 386	895	1 435	3 258	449	3 277	436	8 925	
Intentionnels	46 070	3,1	31 323	4,1	14 748	2,1	3 559	6 260	1 451	4 882	646	Intentionnels	2 379	7 178	1 147	1 406	4 553	567	2 556	526	8 960	
Auto-infligés	19 257	1,3	11 145	1,5	8 112	1,1	245	432	799	604	117	Auto-infligés	509	4 396	1 015	574	2 315	221	506	485	7 042	
Violence	16 122	1,1	12 438	1,6	3 683	0,5	1 246	2 420	641	4 208	515	Violence	450	1 791	129	322	1 643	234	735	40	1 751	
Fait de guerre	10 324	0,7	7 486	1,0	2 838	0,4	2 068	3 408	0	55	14	Fait de guerre	1 388	822	1	472	570	112	1 254	0	154	

<sup>a</sup> Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.

<sup>b</sup> La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres de groupes de causes en raison de l'omission de catégories résiduelles.

<sup>c</sup> A l'exclusion du cancer du foie et de la cirrhose, AVCI imputables à l'infection chronique par le virus de l'hépatite.

Tableau 4 de l'Annexe Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2000

Etats Membres	Espérance de vie en bonne santé <sup>a</sup> (années)										Nombre attendu à la naissance d'années de vie en bonne santé perdues		Pourcentage d'espérance de vie perdue	
	Population totale	Hommes				Femmes				Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
		A la naissance	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	A la naissance	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans					
														A l'âge de 60 ans
1 Afghanistan	33,8	35,1	30,3 – 40,4	7,1	5,5 – 8,8	32,5	26,2 – 39,5	5,8	2,6 – 9,0	9,1	12,5	20,5	27,8	
2 Afrique du Sud	43,2	43,0	41,1 – 45,0	9,1	7,9 – 10,5	43,5	40,5 – 46,4	10,4	8,7 – 12,1	6,6	8,6	13,3	16,5	
3 Albanie	59,4	56,5	54,4 – 59,3	11,4	10,3 – 12,6	62,3	59,9 – 64,8	14,4	13,0 – 16,0	7,9	10,6	12,2	14,5	
4 Algérie	58,4	58,4	55,8 – 61,9	11,1	9,4 – 13,1	58,3	54,5 – 62,2	11,0	8,9 – 12,9	9,7	12,9	14,3	18,1	
5 Allemagne	69,4	67,4	66,0 – 68,7	14,8	14,0 – 15,6	71,5	69,4 – 73,3	17,6	16,9 – 18,2	6,9	9,2	9,3	11,4	
6 Andorre	71,8	69,8	67,4 – 73,0	17,0	15,4 – 18,7	73,7	70,7 – 77,9	19,4	17,3 – 22,5	7,3	10,1	9,5	12,1	
7 Angola	36,9	36,2	33,7 – 42,0	7,4	5,3 – 10,1	37,6	33,3 – 42,8	7,3	4,6 – 10,3	8,1	10,8	18,2	22,3	
8 Antigua-et-Barbuda	61,9	61,7	58,4 – 64,8	14,8	13,5 – 16,3	62,1	59,0 – 65,2	15,4	14,1 – 16,9	10,1	14,5	14,1	18,9	
9 Arabie saoudite	59,5	58,3	55,0 – 61,1	10,5	8,4 – 12,3	60,7	56,5 – 64,9	12,1	9,8 – 14,2	9,7	12,8	14,3	17,4	
10 Argentine	63,9	61,8	59,6 – 64,0	13,2	12,0 – 14,6	65,9	63,0 – 68,6	16,0	14,8 – 17,5	8,4	11,9	12,0	15,2	
11 Arménie	59,0	56,9	55,0 – 58,6	9,7	8,8 – 10,6	61,1	58,1 – 64,1	12,0	10,9 – 13,1	7,5	10,1	11,7	14,2	
12 Australie	71,5	69,6	67,8 – 71,5	17,0	16,1 – 18,1	73,3	69,8 – 75,4	19,5	18,7 – 20,6	6,9	8,8	9,1	10,7	
13 Autriche	70,3	68,1	66,9 – 69,4	15,2	14,5 – 16,0	72,5	70,3 – 74,3	18,4	17,8 – 19,2	6,8	8,9	9,0	10,9	
14 Azerbaïdjan	55,4	53,3	50,6 – 56,3	12,2	10,8 – 14,0	57,5	54,3 – 60,8	14,6	12,9 – 16,5	8,4	11,4	13,6	16,5	
15 Bahamas	58,1	57,2	54,0 – 60,5	12,4	10,2 – 14,7	59,1	54,2 – 64,0	12,6	10,1 – 15,2	10,8	15,7	15,9	21,0	
16 Bahrein	62,7	63,0	61,0 – 65,2	11,3	9,8 – 12,8	62,3	59,1 – 65,1	11,4	10,2 – 12,6	9,7	12,4	13,3	16,6	
17 Bangladesh	49,3	50,6	47,4 – 54,1	8,8	7,5 – 10,4	47,9	43,6 – 52,6	8,0	6,4 – 9,9	9,8	12,9	16,2	21,2	
18 Barbade	63,3	62,3	59,7 – 65,0	13,4	12,1 – 14,9	64,3	60,9 – 67,7	16,1	14,1 – 18,4	9,3	13,4	13,0	17,2	
19 Bélarus	60,1	55,4	53,4 – 57,5	9,9	9,2 – 10,8	64,8	62,7 – 66,9	14,4	13,2 – 15,9	6,6	9,2	10,7	12,4	
20 Belgique	69,4	67,7	66,2 – 69,2	15,3	14,5 – 16,2	71,0	69,0 – 73,0	18,0	17,2 – 18,7	6,9	9,9	9,2	12,2	
21 Belize	59,2	58,0	55,2 – 61,0	12,7	11,2 – 14,1	60,4	55,6 – 64,9	13,6	11,0 – 16,4	11,1	14,3	16,1	19,2	
22 Bénin	42,5	43,1	39,8 – 46,5	8,4	6,7 – 10,1	41,9	37,5 – 46,5	7,4	3,9 – 10,5	8,5	11,9	16,5	22,0	
23 Bhoutan	49,2	50,1	44,8 – 55,1	9,3	7,5 – 11,1	48,2	43,5 – 53,7	8,8	6,1 – 11,7	10,3	14,3	17,0	22,9	
24 Boïvie	51,4	51,4	47,4 – 55,5	9,8	8,3 – 11,5	51,4	47,1 – 55,9	10,0	8,0 – 11,8	9,5	12,1	15,6	19,1	
25 Bosnie-Herzégovine	63,7	62,1	60,3 – 64,3	12,4	11,3 – 13,5	65,3	62,8 – 67,9	14,3	13,0 – 15,7	6,6	9,4	9,5	12,5	
26 Botswana	37,3	38,1	34,3 – 42,0	8,3	6,4 – 10,1	36,5	33,2 – 40,0	8,9	6,3 – 11,5	6,5	7,9	14,6	17,7	
27 Brésil <sup>b</sup>	57,1	54,9	51,4 – 58,1	10,7	9,2 – 12,0	59,2	54,8 – 64,1	12,6	9,8 – 15,2	9,5	12,7	14,8	17,6	
28 Brunéï Darussalam	64,9	63,8	61,5 – 66,0	13,3	12,0 – 14,6	65,9	62,4 – 69,6	15,1	13,8 – 16,5	9,6	12,7	13,1	16,2	
29 Bulgarie	63,4	61,0	59,4 – 62,6	12,4	11,8 – 13,1	65,8	63,8 – 67,7	15,2	14,0 – 16,4	6,3	9,2	9,4	12,2	
30 Burkina Faso	34,8	35,4	32,5 – 38,3	8,0	6,2 – 9,7	34,1	30,5 – 37,9	7,4	4,9 – 10,0	7,2	9,5	16,8	21,7	
31 Burundi	33,4	33,9	30,4 – 37,5	7,6	6,0 – 9,1	32,9	29,3 – 36,9	7,7	5,4 – 10,3	6,7	8,5	16,5	20,5	
32 Cambodge	47,1	45,6	43,1 – 48,0	9,0	7,8 – 10,3	48,7	45,4 – 52,4	10,1	8,9 – 12,2	7,8	9,8	14,7	16,8	
33 Cameroun	40,4	40,9	37,6 – 44,0	8,4	6,2 – 10,6	39,9	36,7 – 43,2	8,0	5,7 – 10,5	8,1	10,5	16,5	20,8	
34 Canada	70,0	68,3	66,9 – 69,7	15,4	14,6 – 16,3	71,7	70,0 – 73,5	17,8	17,0 – 18,6	7,7	9,8	10,2	12,0	
35 Cap-Vert	58,4	56,9	53,7 – 60,2	11,3	9,8 – 12,8	60,0	56,3 – 63,8	12,0	10,0 – 14,1	9,6	12,3	14,4	17,0	
36 Chili	65,5	63,5	61,5 – 66,0	13,1	11,8 – 14,5	67,4	64,5 – 70,3	15,7	14,4 – 17,1	9,0	12,1	12,4	15,2	
37 Chine	62,1	60,9	59,5 – 62,5	11,8	11,0 – 12,8	63,3	59,1 – 65,8	14,3	13,6 – 15,1	8,0	9,7	11,6	13,2	
38 Chypre	66,3	66,4	64,6 – 68,7	14,5	12,9 – 16,3	66,2	63,4 – 68,8	14,1	12,8 – 15,7	8,4	12,7	11,2	16,1	
39 Colombie	60,9	58,6	56,2 – 61,0	12,9	11,6 – 14,2	63,3	59,8 – 66,2	14,0	12,8 – 15,1	8,6	11,8	12,8	15,7	
40 Comores	46,0	46,2	42,8 – 49,6	8,0	6,6 – 9,5	45,8	41,4 – 50,3	7,7	5,4 – 9,9	9,1	12,3	16,4	21,1	
41 Congo	42,6	42,5	39,3 – 47,0	8,7	7,0 – 11,0	42,8	39,1 – 47,2	8,9	6,1 – 11,7	7,7	10,1	15,3	19,1	
42 Costa Rica	65,3	64,2	61,9 – 66,9	14,0	12,4 – 15,6	66,4	63,1 – 69,2	15,6	14,2 – 17,1	9,2	12,4	12,6	15,7	
43 Côte d'Ivoire	39,0	39,1	36,7 – 42,6	8,6	7,3 – 10,1	38,9	35,9 – 42,1	8,5	5,9 – 11,2	7,2	9,5	15,6	19,7	
44 Croatie	64,0	60,8	59,5 – 62,0	11,4	10,8 – 12,1	67,1	64,7 – 69,2	15,2	14,6 – 15,8	9,0	10,6	12,9	13,6	
45 Cuba	65,9	65,1	63,0 – 67,2	14,5	13,4 – 15,6	66,7	64,4 – 68,8	15,5	14,1 – 16,9	8,6	10,9	11,6	14,0	
46 Danemark	69,5	68,9	67,5 – 70,3	15,7	14,9 – 16,6	70,1	68,2 – 72,0	16,5	15,8 – 17,3	5,3	8,4	7,2	10,7	
47 Djibouti	35,1	35,6	31,3 – 40,4	7,4	5,5 – 9,5	34,6	30,1 – 39,6	7,0	4,6 – 9,6	7,8	10,1	18,0	22,5	
48 Dominique	64,6	63,2	59,7 – 66,1	14,4	13,1 – 15,9	66,1	63,3 – 69,3	16,4	14,8 – 18,1	9,4	12,2	13,0	15,6	
49 Egypte	57,1	57,1	55,4 – 58,8	9,9	8,6 – 11,2	57,0	54,1 – 59,3	10,0	8,9 – 11,2	8,3	12,0	12,6	17,4	
50 El Salvador	57,3	55,3	52,0 – 58,7	11,9	10,5 – 13,5	59,4	55,3 – 63,3	13,3	10,7 – 15,9	11,0	13,9	16,6	19,0	
51 Emirats arabes unis	63,1	62,3	60,0 – 64,5	11,5	9,8 – 13,2	63,9	59,9 – 66,9	13,3	11,8 – 14,7	10,0	12,5	13,8	16,4	
52 Equateur	60,3	58,4	55,4 – 61,3	12,7	11,3 – 14,0	62,2	58,6 – 66,0	14,4	12,4 – 16,5	9,9	12,0	14,5	16,2	
53 Erythrée	41,0	41,4	38,1 – 45,0	8,3	6,5 – 10,0	40,5	36,5 – 45,0	8,1	5,6 – 10,7	7,7	10,4	15,7	20,4	
54 Espagne	70,6	68,7	67,3 – 70,3	15,8	14,9 – 16,8	72,5	70,3 – 74,2	18,3	17,5 – 19,1	6,6	9,8	8,8	11,9	
55 Estonie	60,8	56,2	54,7 – 57,6	10,0	9,1 – 10,9	65,4	62,5 – 67,7	14,8	14,0 – 15,8	9,3	11,0	14,2	14,4	

Etats Membres	Espérance de vie en bonne santé <sup>a</sup> (années)										Nombre attendu à la naissance d'années de vie en bonne santé perdues		Pourcentage d'espérance de vie perdue	
	Population totale	Hommes				Femmes				Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
		A la naissance	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	A la naissance	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans	Intervalles de 60 ans					
														A l'âge de 60 ans
56 Etats-Unis d'Amérique <sup>b</sup>	67,2	65,7	63,8 – 67,5	15,0	14,0 – 16,0	68,8	66,5 – 71,0	16,8	15,8 – 17,9	8,2	10,7	11,1	13,4	
57 Ethiopie	35,4	35,7	32,2 – 40,9	7,7	5,8 – 9,7	35,1	30,4 – 40,9	7,5	4,9 – 10,3	7,1	9,6	16,6	21,4	
58 Ex-République yougoslave de Macédoine	64,9	63,9	62,0 – 65,6	12,5	11,7 – 13,4	65,9	64,1 – 67,6	14,3	13,3 – 15,2	6,3	8,9	9,0	12,0	
59 Fédération de Russie	55,5	50,3	48,6 – 52,4	8,2	7,3 – 8,9	60,6	57,0 – 63,3	12,2	11,5 – 13,0	9,1	11,4	15,3	15,8	
60 Fidji	59,6	58,7	55,9 – 61,3	11,2	9,6 – 12,7	60,5	56,9 – 64,3	12,7	10,8 – 14,4	8,3	10,7	12,3	15,1	
61 Finlande	68,8	66,1	64,9 – 67,2	14,8	14,0 – 15,4	71,5	69,9 – 73,0	17,9	17,4 – 18,5	7,6	9,5	10,3	11,7	
62 France	70,7	68,5	67,4 – 69,5	16,6	15,9 – 17,2	72,9	71,4 – 74,5	19,4	18,9 – 20,0	6,7	10,2	8,9	12,2	
63 Gabon	46,6	46,8	42,9 – 50,0	9,2	7,7 – 10,8	46,5	42,6 – 49,9	9,3	7,6 – 11,2	7,8	10,4	14,2	18,4	
64 Gambie	46,9	47,3	44,1 – 50,6	8,5	6,8 – 10,3	46,6	42,4 – 50,8	8,1	6,0 – 10,5	8,6	12,1	15,4	20,6	
65 Géorgie	58,2	56,1	54,1 – 58,3	9,5	8,5 – 10,5	60,2	57,3 – 62,8	11,1	10,3 – 11,9	9,6	11,6	14,6	16,1	
66 Ghana	46,7	46,5	43,4 – 49,7	8,9	6,9 – 10,8	46,9	43,5 – 51,1	9,0	6,5 – 11,3	8,5	11,0	15,5	18,9	
67 Grèce	71,0	69,7	68,5 – 70,8	16,0	15,2 – 16,6	72,3	69,9 – 74,0	17,6	17,1 – 18,3	5,7	8,5	7,6	10,5	
68 Grenade	61,9	62,1	59,5 – 65,1	14,0	12,6 – 15,4	61,8	57,8 – 65,7	14,1	12,0 – 16,4	8,8	11,5	12,4	15,7	
69 Guatemala	54,7	53,5	49,9 – 57,2	11,3	9,1 – 13,6	56,0	52,3 – 59,7	11,7	10,0 – 13,5	10,1	12,6	15,8	18,3	
70 Guinée	40,3	40,4	36,7 – 44,0	7,3	5,6 – 9,1	40,1	35,9 – 45,5	7,0	3,9 – 10,3	8,6	11,9	17,5	22,8	
71 Guinée-Bissau	36,6	36,7	33,6 – 39,8	7,2	5,1 – 9,1	36,4	33,0 – 40,3	7,1	4,1 – 10,1	7,7	10,5	17,4	22,3	
72 Guinée équatoriale	44,8	44,9	40,6 – 48,7	8,7	7,1 – 10,3	44,8	40,2 – 49,4	8,3	5,8 – 10,9	8,7	11,4	16,2	20,2	
73 Guyana	52,1	51,4	48,3 – 54,6	10,3	9,1 – 11,6	52,8	47,7 – 58,4	11,1	8,9 – 13,6	10,1	14,2	16,4	21,2	
74 Haïti	43,1	41,3	37,0 – 46,2	7,8	6,1 – 9,5	44,9	38,8 – 51,1	8,5	5,7 – 11,4	8,4	11			

Tableau 4 de l'Annexe Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2000

Etats Membres	Espérance de vie en bonne santé <sup>a</sup> (années)										Nombre attendu à la naissance d'années de vie en bonne santé perdu		Pourcentage d'espérance de vie perdue	
	Population totale		Hommes				Femmes							
	A la naissance	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
110	Maurice	60,5	58,6	55,6 – 61,3	10,1	8,6 – 11,5	62,5	58,4 – 66,3	12,3	10,1 – 14,6	9,1	12,2	13,4	16,3
111	Mauritanie	41,5	42,1	37,7 – 46,3	7,8	5,7 – 10,0	40,8	35,5 – 46,0	7,1	3,7 – 10,3	9,6	12,7	18,5	23,8
112	Mexique	64,2	63,1	60,8 – 65,2	14,5	13,1 – 16,0	65,3	61,5 – 68,1	15,0	13,8 – 16,4	7,9	10,9	11,2	14,3
113	Micronésie (Etats fédérés de)	56,6	55,8	52,8 – 58,8	11,0	9,5 – 12,5	57,5	54,0 – 61,0	12,0	10,6 – 13,4	8,0	10,3	12,5	15,2
114	Monaco	71,7	69,4	67,5 – 72,1	17,2	16,0 – 18,8	73,9	71,1 – 76,7	20,2	18,4 – 22,4	7,4	10,5	9,6	12,4
115	Mongolie	52,4	50,3	46,3 – 54,3	10,8	9,0 – 12,6	54,5	50,8 – 58,2	12,7	10,4 – 15,1	10,9	12,4	17,8	18,5
116	Mozambique	31,3	31,5	28,9 – 34,9	7,3	5,4 – 9,6	31,1	28,1 – 34,7	7,3	5,4 – 9,7	6,4	8,4	17,0	21,3
117	Myanmar	49,1	47,7	43,8 – 51,6	9,2	7,6 – 10,9	50,5	45,7 – 54,3	10,1	7,8 – 12,1	8,5	10,7	15,1	17,4
118	Namibie	35,6	36,5	32,5 – 41,2	9,2	7,4 – 11,0	34,7	31,4 – 38,8	9,1	6,6 – 11,7	6,3	7,9	14,8	18,6
119	Nauru	52,9	50,4	47,0 – 54,4	7,9	6,6 – 9,5	55,4	51,0 – 60,2	10,5	8,2 – 13,2	8,3	11,1	14,1	16,7
120	Népal	45,8	47,5	44,4 – 51,1	10,2	8,3 – 12,0	44,2	39,1 – 49,8	9,6	6,3 – 12,7	11,0	13,8	18,8	23,9
121	Nicaragua	56,9	55,8	51,8 – 60,3	11,3	9,6 – 13,4	58,0	54,3 – 62,4	12,5	10,6 – 14,7	10,6	13,0	16,0	18,3
122	Niger	33,1	33,9	30,9 – 37,7	6,6	3,8 – 9,3	32,4	27,1 – 37,6	5,8	3,2 – 8,4	8,8	11,5	20,7	26,2
123	Nigéria	41,6	42,1	39,2 – 45,0	8,4	6,8 – 10,0	41,1	37,7 – 45,0	8,2	6,4 – 10,1	7,7	10,3	15,5	20,1
124	Nioué	61,1	60,8	57,1 – 64,2	13,0	11,4 – 14,7	61,4	58,6 – 65,2	13,8	11,9 – 16,2	8,7	11,4	12,6	15,6
125	Norvège	70,5	68,8	67,0 – 70,5	15,8	14,8 – 16,8	72,3	70,2 – 74,6	18,2	16,9 – 19,5	6,9	9,1	9,2	11,2
126	Nouvelle-Zélande	70,8	69,5	68,0 – 71,0	16,7	15,8 – 17,7	72,1	69,8 – 74,0	18,8	17,9 – 19,6	6,4	8,9	8,5	11,0
127	Oman	59,7	59,2	57,2 – 61,4	10,3	8,8 – 11,9	60,3	56,6 – 63,1	12,0	10,5 – 13,5	10,3	13,2	14,8	17,9
128	Ouganda	35,7	36,2	33,4 – 39,8	7,7	6,2 – 9,3	35,2	31,1 – 39,6	7,4	4,9 – 10,0	7,2	9,4	16,7	21,1
129	Ouzbékistan	54,3	52,7	49,2 – 56,3	9,9	7,9 – 11,9	55,8	51,5 – 60,2	11,6	9,6 – 13,7	9,4	12,2	15,1	17,9
130	Pakistan <sup>b</sup>	48,1	50,2	46,6 – 54,2	9,8	8,7 – 11,2	46,1	41,5 – 51,1	8,7	5,6 – 11,8	10,0	14,7	16,6	24,1
131	Palaos	57,7	56,5	54,3 – 58,6	9,5	8,4 – 10,3	58,9	55,7 – 62,4	10,7	9,2 – 12,2	8,2	10,4	12,6	15,0
132	Panama	63,9	62,6	60,1 – 65,1	13,7	12,4 – 14,9	65,3	62,6 – 68,0	15,3	13,8 – 16,8	8,9	11,0	12,5	14,4
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	46,8	46,6	42,8 – 50,5	9,2	7,7 – 10,6	47,1	43,6 – 50,9	10,5	8,7 – 12,1	8,5	10,4	15,4	18,1
134	Paraguay	60,9	59,9	56,7 – 63,4	12,3	10,4 – 14,3	61,9	58,8 – 65,5	14,0	12,4 – 15,6	10,3	12,3	14,7	16,6
135	Pays-Bas <sup>b</sup>	69,7	68,2	67,1 – 69,3	15,2	14,6 – 15,9	71,2	69,7 – 72,7	17,8	17,2 – 18,4	7,3	9,7	9,6	12,0
136	Pérou	58,8	57,8	55,2 – 60,6	12,0	10,5 – 13,6	59,8	56,2 – 63,6	13,6	11,6 – 15,8	8,9	11,8	13,4	16,4
137	Philippines	59,0	57,0	54,3 – 59,4	11,5	10,3 – 12,6	60,9	57,7 – 64,3	13,6	11,9 – 15,5	7,7	10,2	11,9	14,3
138	Pologne	61,8	59,3	57,9 – 60,5	10,9	10,1 – 11,7	64,3	61,2 – 66,7	13,8	12,9 – 14,6	10,0	13,4	14,4	17,2
139	Portugal	66,3	63,9	62,5 – 65,4	13,6	12,7 – 14,4	68,6	66,2 – 70,5	16,0	15,3 – 16,7	7,8	10,7	10,9	13,5
140	Qatar	60,6	59,3	56,5 – 62,6	9,2	7,0 – 11,4	61,8	58,4 – 65,4	11,6	9,8 – 13,6	11,1	13,2	15,7	17,6
141	République arabe syrienne	59,6	59,6	56,6 – 62,3	11,2	9,1 – 13,2	59,5	55,7 – 63,0	11,6	9,7 – 13,7	9,7	12,9	14,0	17,9
142	République centrafricaine	34,1	34,7	31,6 – 38,2	8,2	6,6 – 9,8	33,6	30,3 – 37,3	7,9	5,9 – 9,8	6,9	8,9	16,7	20,9
143	République de Corée	66,0	63,2	60,8 – 65,3	12,3	11,1 – 13,4	68,8	64,0 – 71,4	16,0	15,1 – 17,0	7,3	9,5	10,3	12,1
144	République démocratique du Congo	34,4	34,4	31,6 – 39,4	7,2	5,9 – 8,8	34,4	30,5 – 39,3	7,4	5,1 – 9,6	7,2	9,6	17,4	21,9
145	République démocratique populaire lao	44,7	43,7	39,1 – 47,5	9,6	8,1 – 11,2	45,7	40,6 – 49,6	10,6	8,4 – 12,7	8,6	10,4	16,4	18,5
146	République de Moldova	58,4	55,4	52,4 – 57,9	10,2	8,8 – 11,4	61,5	59,1 – 64,3	12,5	11,1 – 13,9	7,7	8,9	12,3	12,7
147	République dominicaine	56,2	54,7	50,9 – 58,2	12,3	11,0 – 13,5	57,7	53,4 – 61,9	13,0	11,0 – 15,0	10,8	14,0	16,4	19,5
148	République populaire démocratique de Corée	55,4	54,9	51,5 – 58,4	11,1	10,0 – 12,4	56,0	52,2 – 59,8	12,1	10,6 – 13,8	9,6	11,2	14,8	16,7
149	République tchèque	65,6	62,9	61,3 – 64,4	13,0	12,2 – 13,8	68,3	65,7 – 70,5	15,8	15,2 – 16,4	8,6	9,9	12,0	12,6
150	République-Unie de Tanzanie	38,1	38,6	35,4 – 42,7	7,8	5,9 – 9,8	37,5	34,0 – 41,1	7,7	5,2 – 10,2	7,2	9,6	15,7	20,4
151	Roumanie	61,7	59,5	57,4 – 61,4	12,1	11,0 – 12,9	64,0	61,6 – 66,8	14,4	13,1 – 15,7	6,8	9,5	10,2	12,9
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	69,9	68,3	66,8 – 69,7	15,3	14,4 – 16,1	71,4	69,2 – 73,1	17,4	16,7 – 18,1	6,5	8,5	8,7	10,6
153	Rwanda	31,9	32,0	29,6 – 36,5	7,0	4,8 – 9,4	31,8	28,3 – 36,2	7,2	5,3 – 9,2	6,5	8,7	17,0	21,5
154	Sainte-Lucie	62,0	60,7	58,1 – 63,0	12,5	11,3 – 13,8	63,3	60,0 – 66,5	13,9	12,1 – 15,6	8,5	10,9	12,2	14,7
155	Saint-Kitts-et-Nevis	59,6	57,6	54,7 – 60,7	10,3	9,4 – 11,3	61,5	57,8 – 65,6	12,6	10,8 – 14,5	8,4	10,5	12,8	14,5
156	Saint-Marin	72,0	69,7	68,0 – 71,8	15,9	14,8 – 17,0	74,3	72,2 – 76,4	19,9	18,4 – 21,5	6,5	9,5	8,5	11,4
157	Saint-Vincent-et-Grenadines	60,9	59,7	57,1 – 62,2	12,1	11,0 – 13,3	62,1	59,1 – 65,0	14,1	12,5 – 15,7	8,0	11,3	11,9	15,4
158	Samoa	59,9	58,2	55,6 – 60,6	12,3	10,9 – 13,7	61,6	59,0 – 64,4	14,3	12,7 – 16,0	8,5	11,3	12,7	15,6
159	Sao Tomé-et-Principe	50,0	50,3	46,8 – 53,6	9,6	8,0 – 11,0	49,7	44,8 – 54,7	9,2	7,5 – 10,6	10,0	12,2	16,6	19,8
160	Sénégal	44,9	45,2	42,1 – 48,0	8,4	6,8 – 9,8	44,5	40,9 – 48,4	8,0	5,0 – 11,1	8,8	11,6	16,3	20,7

Etats Membres	Espérance de vie en bonne santé <sup>a</sup> (années)										Nombre attendu à la naissance d'années de vie en bonne santé perdu		Pourcentage d'espérance de vie perdue	
	Population totale		Hommes				Femmes							
	A la naissance	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
161	Seychelles	58,7	57,0	54,1 – 59,7	9,4	7,2 – 11,5	60,4	57,1 – 64,0	10,7	8,8 – 13,1	9,5	13,8	14,3	18,6
162	Sierra Leone	29,5	29,7	26,4 – 36,0	6,5	4,7 – 8,8	29,3	25,2 – 35,1	6,0	2,9 – 9,5	7,3	9,6	19,6	24,6
163	Singapour	67,8	66,8	64,3 – 69,0	14,5	13,1 – 15,8	68,9	65,8 – 71,7	16,2	14,6 – 18,0	8,6	11,3	11,4	14,1
164	Slovaquie	62,4	59,6	58,1 – 60,9	10,7	9,9 – 11,6	65,2	62,3 – 67,5	14,0	13,2 – 14,9	9,7	12,3	14,0	15,9
165	Slovénie	66,9	64,5	62,1 – 66,7	13,6	12,8 – 14,3	69,3	66,5 – 71,9	16,7	15,4 – 18,0	7,4	10,2	10,3	12,8
166	Somalie	35,1	35,5	32,5 – 38,9	7,3	5,2 – 9,5	34,7	30,6 – 38,8	6,4	2,6 – 9,7	8,3	11,2	18,9	24,4
167	Soudan	45,1	45,7	42,2 – 49,3	8,3	6,5 – 10,1	44,4	39,2 – 50,2	7,8	5,8 – 9,6	9,8	13,4	17,6	23,1
168	Sri Lanka	61,1	58,6	55,7 – 61,5	12,5	10,9 – 14,1	63,6	61,0 – 67,0	14,6	12,8 – 16,6	9,0	11,7	13,4	15,6
169	Suède	71,4	70,1	68,7 – 71,6	16,8	15,9 – 17,7	72,7	70,6 – 74,6	18,7	18,0 – 19,4	7,2	9,2	9,3	11,3
170	Suisse	72,1	70,4	68,7 – 72,1	17,0	16,1 – 17,9	73,7	71,3 – 75,7	19,7	19,0 – 20,4	6,2	8,8	8,1	10,7
171	Suriname	60,6	59,5	57,0 – 61,9	12,2	11,0 – 13,6	61,7	58,5 – 64,6	13,3	11,5 – 15,1	8,5	11,9	12,5	16,1
172	Swaziland	38,2	38,8	34,1 – 44,2	9,3	7,0 – 11,5	37,6	32,6 – 42,7	9,6	7,5 – 12,0	6,0	8,0	13,3	17,4
173	Tadjikistan	50,8	49,6	46,2 – 53,2	9,0	7,1 – 11,0	52,0	47,8 – 56,1	10,3	7,7 – 12,8	10,8	12,7	17,9	19,7
174	Tchad	39,3	38,6	35,3 – 43,7	7,4	5,5 – 9,4	39,9	36,1 – 44,5	7,5	4,6 – 10,5	8,7	11,2	18,4	22,0
175	Thaïlande	59,7	57,7	55,7 – 59,7	13,2	12,1 – 14,3	61,8	57,9 – 64,9	14,4	13,4 – 15,5	8,4	10,5	12,6	14,6
176	Togo	42,7	42,7	39,3 – 46,5	8,6	6,7 – 10,7	42,7	39,3 – 46,8	8,6	6,5 – 10,9	7,9	10,3	15,5	19,4
177	Tonga	60,7	59,3	57,0 – 61,9	11,6	10,3 – 13,0	62,0	58,4 – 65,2	13,6	12,3 – 15,0	8,1	10,8	12,0	14,9
178	Trinité-et-Tobago	61,7	60,3	57,9 – 63,1	11,6	10,2 – 13,1	63,0	59,0 – 65,8	13,3	12,1 – 14,5	8,2	10,7	12,0	14,5
179	Tunisie	61,4	61,0	59,2 – 62,9	11,4	10,6 – 12,2	61,7	58,0 – 65,4	12,6	10,6 – 14,7	8,2	11,7	11,8	15,9
180	Turkménistan	52,1	51,2	48,3 – 54,3	8,8	7,5 – 10,3	53,0	50,1 – 56,7	9,5	7,9 –				



Tableau 5 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1998

Etats Membres	Total de dépenses de santé en % du PIB		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques		Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses de santé financées par l'impôt en % des dépenses publiques de santé		Ressources extérieures pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses des assurances privées pour la santé en % des dépenses privées de santé		Paiements directs pour la santé en % des dépenses privées de santé		Total des dépenses de santé au taux de change officiel (US \$)		Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change officiel (US \$)		Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux		Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	1 Afghanistan	1,4	1,6	52,6	57,7	47,4	42,3	3,6	4,2	0,0	0,0	92,5	96,2	7,5	3,8	0,0	0,0	100	100	1	6	8	3	5	9	11	5	6
2 Afrique du Sud	10,3	8,7	47,3	43,6	52,7	56,4	12,7	11,6	0,0	0,0	99,8	99,7	0,2	0,3	77,8	75,8	20,2	22,4	2	321	275	152	120	628	530	297	231	
3 Albanie	3,8	3,7	71,5	70,2	28,5	29,8	9,5	8,7	17,5	19,8	81,6	77,9	0,9	2,3	45,9	45,1	54,1	54,9	3	28	36	20	25	104	128	74	90	
4 Algérie	4,0	4,1	79,8	80,2	20,2	19,8	11,3	12,4	66,7	66,7	33,3	33,3	...	...	0,0	0,0	100	100	4	67	71	54	57	140	148	112	118	
5 Allemagne	10,5	10,3	76,6	75,8	23,4	24,2	16,7	16,4	90,7	91,6	9,3	8,3	0,0	0,0	29,5	29,5	52,2	52,8	5	2 708	2 697	2 074	2 044	2 225	2 382	1 703	1 806	
6 Andorre	9,3	10,6	86,6	89,0	13,4	11,0	22,1	24,8	84,8	66,6	15,3	33,4	0,0	0,0	...	...	100	100	6	1 307	1 566	1 132	1 394	1 912	2 226	1 655	1 982	
7 Angola	4,1	4,6	47,9	53,8	52,1	46,2	6,1	6,4	0,0	0,0	89,1	87,5	10,9	12,5	0,0	0,0	100	100	7	26	24	13	13	58	60	28	32	
8 Antigua-et-Barbuda	5,5	5,3	62,9	63,3	37,1	36,7	15,0	15,0	0,0	0,0	91,7	91,1	8,3	8,9	...	...	100	100	8	480	498	302	315	517	527	326	333	
9 Arabie saoudite	4,0	4,1	80,2	77,5	19,8	22,5	9,4	10,9	0,0	0,0	100	100	...	0,0	10,5	9,5	31,9	38,1	9	310	316	248	245	461	459	370	356	
10 Argentine	8,0	8,1	55,2	55,0	44,8	45,0	20,1	20,0	60,2	59,5	39,7	40,4	0,2	0,2	24,8	24,8	75,2	75,2	10	657	667	363	366	995	1 019	549	560	
11 Arménie	7,8	7,4	41,5	42,9	58,5	57,1	12,2	13,0	0,0	0,0	92,1	88,8	7,9	11,2	0,0	0,0	100	100	11	34	37	14	16	165	174	69	75	
12 Australie	8,4	8,6	69,3	69,9	30,7	30,1	16,6	16,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,2	24,8	49,5	53,5	12	1 680	1 672	1 164	1 172	1 950	2 080	1 351	1 457	
13 Autriche	7,9	8,0	71,4	71,8	28,6	28,2	11,1	11,2	59,5	59,6	40,5	40,4	0,0	0,0	27,0	25,9	58,8	58,8	13	2 024	2 097	1 445	1 506	1 723	1 919	1 231	1 377	
14 Azerbaïdjan	2,3	2,5	73,4	73,1	26,6	26,9	7,6	6,5	0,0	0,0	92,2	92,1	7,8	7,9	0,0	0,0	100	100	14	11	13	8	9	42	49	31	36	
15 Bahamas	6,5	6,8	53,7	55,7	46,3	44,3	13,7	15,9	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	92,6	92,6	15	726	778	390	434	859	910	461	507	
16 Bahreïn	5,0	4,7	71,3	70,6	28,7	29,4	10,7	10,0	0,0	0,0	100	100	...	0,0	8,2	8,3	91,8	91,7	16	469	441	334	312	672	611	479	431	
17 Bangladesh	3,8	3,8	34,7	36,5	65,3	63,5	5,8	6,9	0,0	0,0	87,4	89,0	12,6	11,0	0,0	0,0	95,0	93,9	17	10	12	4	4	40	42	14	16	
18 Barbade	6,4	6,4	60,2	61,1	39,8	38,9	11,6	11,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	19,6	19,5	80,4	80,5	18	532	571	320	349	843	873	507	533	
19 Bélarus	6,2	6,1	87,2	86,1	12,8	13,9	11,6	11,9	0,0	0,0	99,9	99,1	0,1	0,9	0,0	0,0	100	100	19	83	79	73	68	293	477	256	411	
20 Belgique	8,6	8,6	71,0	71,2	29,0	28,8	11,9	12,0	88,0	88,0	12,0	12,0	0,0	0,0	6,8	7,0	46,7	48,0	20	2 063	2 110	1 465	1 502	1 944	2 122	1 380	1 510	
21 Belize	4,9	5,8	52,9	59,9	47,1	40,1	8,1	10,4	0,0	0,0	95,8	97,0	4,2	3,0	0,0	0,0	100	100	21	143	170	76	102	246	293	130	176	
22 Bénin	3,1	3,2	48,5	49,4	51,5	50,6	6,0	6,3	0,0	0,0	85,8	83,4	14,2	16,6	0,0	0,0	100	100	22	11	12	6	6	23	24	11	12	
23 Bhoutan	3,7	3,8	90,4	90,3	9,6	9,7	10,1	12,2	0,0	0,0	70,3	72,5	29,7	27,5	0,0	0,0	100	100	23	23	23	21	21	68	71	62	64	
24 Bolivie	4,7	5,0	63,9	65,6	36,1	34,4	9,1	10,0	65,3	64,8	24,9	25,8	9,8	9,4	7,8	7,8	85,7	85,7	24	48	53	31	35	109	119	70	78	
25 Bosnie-Herzégovine	4,0	3,9	55,4	57,1	44,6	42,9	6,2	6,4	0,0	0,0	69,1	71,3	30,9	28,7	0,0	0,0	100	100	25	13	15	7	9	178	205	99	117	
26 Botswana	3,4	3,5	70,5	70,7	29,5	29,3	5,9	5,5	0,0	0,0	98,5	98,9	1,5	1,1	52,9	48,1	37,1	41,3	26	119	120	84	85	196	207	138	147	
27 Brésil	6,5	6,9	40,3	48,2	59,7	51,8	9,7	9,0	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	48,0	53,2	52,0	46,8	27	316	320	127	154	454	470	183	227	
28 Brunéi Darussalam	5,4	5,7	40,6	43,5	59,4	56,5	4,5	5,0	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	28	956	872	389	379	992	985	403	428	
29 Bulgarie	4,4	4,1	80,0	78,3	20,0	21,7	8,9	8,1	10,5	14,3	89,5	85,7	...	0,0	0,0	0,0	93,5	93,5	29	54	61	43	48	156	161	125	126	
30 Burkina Faso	4,0	4,0	67,6	67,7	32,4	32,3	10,6	10,6	0,0	0,0	60,0	68,1	40	31,9	0,0	0,0	100	100	30	9	9	6	6	30	32	20	21	
31 Burundi	2,1	2,3	42,2	41,2	57,8	58,8	4,0	3,9	0,0	0,0	69,4	66,3	30,6	33,7	0,0	0,0	100	100	31	3	3	1	1	10	11	4	5	
32 Cambodge	7,2	7,2	9,4	8,4	90,6	91,6	7,0	6,1	0,0	0,0	49,0	34,1	51,0	65,9	0,0	0,0	100	100	32	18	16	2	1	54	54	5	5	
33 Cameroun	2,8	2,7	29,4	30,9	70,6	69,1	5,7	5,6	0,0	0,0	63,8	57,4	36,2	42,6	...	...	81,6	80,8	33	17	17	5	5	32	33	9	10	
34 Canada	9,0	9,3	69,9	70,1	30,1	29,9	14,2	14,7	1,6	1,7	98,4	98,3	0,0	0,0	36,1	37,5	56,9	55,6	34	1 876	1 847	1 311	1 296	2 183	2 363	1 525	1 657	
35 Cap-Vert	2,6	2,6	71,8	69,0	28,2	31,0	4,7	4,3	0,0	0,0	75,8	67,3	24,2	32,7	...	...	100	100	35	34	35	24	24	76	83	54	57	
36 Chili	7,2	7,5	37,9	39,6	62,1	60,4	12,1	12,4	83,6	75,7	16,0	23,9	0,4	0,4	33,7	33,8	66,3	66,2	36	371	369	141	146	642	664	243	263	
37 Chine	4,2	4,5	39,4	38,8	60,6	61,2	13,6	12,8	87,0	80,1	12,6	19,3	0,4	0,6	0,0	0,0	78,9	80,2	37	31	34	12	13	127	143	50	55	
38 Chypre	6,4	6,3	36,3	37,9	63,7	62,1	6,3	6,4	80,9	80,0	19,1	20,0	0,0	0,0	...	...	97,9	96,9	38	714	728	259	276	904	966	328	367	
39 Colombie	9,3	9,3	57,6	54,8	42,4	45,2	18,2	17,4	40,3	38,4	59,5	61,3	0,2	0,2	38,9	38,6	61,1	61,4	39	247	226	142	124	433	413	249	227	
40 Comores	4,5	4,9	68,2	71,8	31,8	28,2	8,7	9,4	0,0	0,0	75,8	76,0	24,2	24,0	0,0	0,0	100	100	40	13	15	9	11	36	40	25	28	
41 Congo	2,8	3,0	64,6	67,2	35,4	32,8	4,8	4,3	0,0	0,0	84,5	80,3	15,5	19,7	0,0	0,0	100	100	41	24	20	15	14	45	48	29	33	
42 Costa Rica	7,0	6,8	78,3	77,4	21,7	22,6	21,6	20,7	84,9	89,5	14,5	9,9	0,6	0,6	3,0	3,0	97,0	97,0	42	239	245	187	189	448	460	351	356	
43 Côte d'Ivoire	3,0	2,9	46,0	46,7	54,0	53,3	5,7	6,0	0,0	0,0	81,6	82,3	18,4	17,7	14,9	14,0	85,1	86,0	43	21	22	10	10	47	50	22	23	
44 Croatie	8,2	8,8	80,5	81,7	19,5	18,3	13,2	13,7	92,6	86,1	7,4	13,9	...	0,0	0,0	0,0	100	100	44	354	408	285	334	549	623	442	509	
45 Cuba	6,3	6,4	87,5	87,6	12,5	12,4	10,0	10,3	20,9	19,4	79,0	80,5	0,1	0,1	0,0	0,0	100	100	45	131	138	114	121	282	303	247	266	
46 Danemark	8,2	8,3	82,3	81,9	17,7	18,1	12,1	12,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	7,9	8,2	92,1	91,8	46	2 637	2 737	2 170	2 241	1 953	2 138	1 607	1 751	
47 Djibouti	4,6	4,9	44,4	46,3	55,6	53,7	5,7	5,9	0,0	0,0	96,7	95,7	3,3	4,3	0,0	0,0	29,8	29,7	47	39	41	18	19	84	88	37	41	
48 Dominique	5,9	5,8	69,6	68,4	30,4	31,6	10,9	10,9	0,0	0,0	97,5	97,5	2,5	2,5	17,6	17,0	82,4	83,0	48	204	212	142	145	293	303	204	208	
49 Egypte	4,3	4,6	31,8	30,8	68,2	69,2	4,5	4,4	39,6	39,5	56,1	55,2	4,3	5,3	0,4	0,4	93,2	93,8	49	51	56	16	17					

Tableau 5 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1998

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques		Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses de santé financées par l'impôt en % des dépenses publiques de santé		Ressources extérieures pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses des assurances privées pour la santé en % des dépenses privées de santé		Paiements directs pour la santé en % des dépenses privées de santé		Total des dépenses de santé au taux de change officiel (US \$)		Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change officiel (US \$)		Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux		Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	51	Emirats arabes unis	3,7	4,1	79,3	79,7	20,7	20,3	7,9	7,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	19	19,9	65,9	64,7	51	729	752	578	600	743	739	589
52	Equateur	3,7	3,6	50,8	45,9	49,2	54,1	7,0	6,8	48,8	44,1	49,1	53,5	2,1	2,4	10,5	10,3	65,4	63,8	52	62	59	31	27	124	119	63	55
53	Erythrée	4,4	5,4	65,8	66,1	34,2	33,9	5,3	4,5	0,0	0,0	83,1	82,6	16,9	17,4	0,0	0,0	100	100	53	9	10	6	7	37	47	25	31
54	Espagne	7,1	7,0	76,6	76,8	23,4	23,2	13,5	14,3	13,6	11,7	86,4	88,3	0,0	0,0	23,4	23,6	76,6	76,4	54	995	1 026	762	788	1 104	1 215	846	933
55	Estonie	6,3	6,0	88,5	86,3	11,5	13,7	15,2	13,3	72,2	77,2	26,7	21,2	1,1	1,7	...	...	97,9	96,6	55	203	217	179	188	503	516	445	445
56	Etats-Unis d'Amérique	13,0	12,9	45,5	44,8	54,5	55,2	17,3	16,9	31,9	33,2	68,1	66,8	0,0	0,0	60,6	60,7	28,2	28,3	56	3 915	4 055	1 780	1 817	3 915	4 055	1 780	1 817
57	Ethiopie	4,7	5,2	41,4	46,6	58,6	53,4	8,1	9,5	0,0	0,0	85,9	85,9	14,1	14,1	0,0	0,0	87,6	86,1	57	5	6	2	3	25	28	11	13
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	6,5	8,0	84,8	87,6	15,2	12,4	15,6	19,9	89,6	92,5	9,9	7,2	0,5	0,4	0,0	0,0	100	100	58	121	140	103	123	268	355	227	311
59	Fédération de Russie	5,7	5,6	70,5	70,7	29,5	29,3	10,6	12,3	83,8	81,8	15,7	16,5	0,5	1,7	...	...	72,4	73,6	59	173	109	122	77	418	317	295	225
60	Fidji	4,0	4,1	66,7	65,4	33,3	34,6	7,4	6,9	0,0	0,0	99,2	86,9	0,8	13,1	0,0	0,0	100	100	60	106	82	70	54	184	170	123	111
61	Finlande	7,3	6,9	76,1	76,3	23,9	23,7	10,3	10,5	19,6	19,8	80,4	80,2	0,0	0,0	10,4	10,5	83,0	82,4	61	1 739	1 735	1 323	1 323	1 495	1 570	1 137	1 198
62	France	9,4	9,3	76,1	76,1	23,9	23,9	13,5	13,6	96,8	96,8	3,2	3,2	0,0	0,0	51,7	52,7	44,0	43,0	62	2 251	2 297	1 712	1 747	1 905	2 074	1 449	1 578
63	Gabon	3,1	3,0	66,5	66,7	33,5	33,3	6,2	6,4	0,0	0,0	92,6	92,9	7,4	7,1	0,0	0,0	100	100	63	138	122	92	81	182	181	121	121
64	Gambie	3,0	3,2	78,7	78,2	21,3	21,8	11,5	11,9	0,0	0,0	86,2	82,9	13,8	17,1	0,0	0,0	100	100	64	11	11	8	9	44	48	35	38
65	Géorgie	4,4	4,8	8,6	7,1	91,4	92,9	2,6	2,3	0,0	0,0	91,6	81,8	8,4	18,2	...	...	100	100	65	43	47	4	3	163	173	14	12
66	Ghana	3,6	4,3	55,1	54,0	44,9	46	9,6	9,0	0,0	0,0	72,1	77,3	27,9	22,7	0,0	0,0	100	100	66	14	18	8	10	77	96	42	52
67	Grèce	8,7	8,4	55,2	56,3	44,8	43,7	9,4	9,3	28,0	39,0	72,0	61,0	0,0	0,0	4,9	5,2	82,5	87,8	67	1 002	960	553	541	1 211	1 220	668	687
68	Grenade	4,6	4,5	65,7	64,0	34,3	36,0	10,4	10,4	0,0	0,0	98,2	98,8	1,8	1,2	...	...	100	100	68	157	172	103	110	264	286	174	183
69	Guatemala	4,3	4,4	44,9	47,5	55,1	52,5	15,5	14,0	57,7	55,3	36,3	37,9	6,1	6,9	3,8	4,5	92,3	93,2	69	73	78	33	37	160	168	72	80
70	Guinée	3,6	3,6	57,2	60,4	42,8	39,6	9,7	12,9	0,0	0,0	73,9	73,2	26,1	26,8	0,0	0,0	100	100	70	18	17	10	11	53	55	30	33
71	Guinée-Bissau	3,9	4,0	64,0	65,1	36,0	34,9	2,2	1,9	0,0	0,0	79,2	76,9	20,8	23,1	0,0	0,0	100	100	71	9	10	6	6	27	27	17	18
72	Guinée équatoriale	3,6	4,2	56,0	59,4	44,0	40,6	7,9	8,3	0,0	0,0	85,9	81,3	14,1	18,7	0,0	0,0	100	100	72	42	44	24	26	101	121	57	72
73	Guyana	4,6	4,5	81,5	82,4	18,5	17,6	8,6	8,6	0,0	0,0	99,4	99,4	0,6	0,6	...	...	93,9	100	73	45	45	37	37	113	115	92	94
74	Haïti	3,6	3,6	33,5	28,5	66,5	71,5	10,8	9,7	0,0	0,0	63,4	66,7	36,6	33,3	...	...	43,2	40,2	74	14	16	5	5	37	38	12	11
75	Honduras	6,4	6,4	55,4	60,8	44,6	39,2	17,0	18,9	9,7	9,8	84,9	84,6	5,3	5,6	0,1	0,1	91,4	91,4	75	50	56	28	34	132	133	73	81
76	Hongrie	6,8	6,8	75,3	76,5	24,7	23,5	10,4	9,7	35,5	38,0	64,5	62,0	...	0,0	...	...	46,9	50,1	76	309	320	233	244	696	742	525	568
77	Iles Cook	5,3	5,3	67,1	68,3	32,9	31,7	10,3	10,6	0,0	0,0	99,8	99,8	0,2	0,2	0,0	0,0	100	100	77	276	241	185	165	423	419	284	286
78	Iles Marshall	9,2	9,5	61,9	61,6	38,1	38,4	14,1	13,9	0,0	0,0	61,5	62,3	38,5	37,7	0,0	0,0	100	100	78	144	143	89	88	187	184	116	113
79	Iles Salomon	3,5	4,4	95,3	95,8	4,7	4,2	11,4	11,4	0,0	0,0	85,2	82,2	14,8	17,8	0,0	0,0	6,7	6,3	79	43	38	41	36	100	92	95	88
80	Inde	5,5	5,1	15,3	18,0	84,7	82,0	4,7	5,6	0,0	0,0	96,0	96,4	4,0	3,6	0,0	0,0	97,3	97,3	80	24	22	4	4	111	110	17	20
81	Indonésie	2,4	2,7	23,8	25,5	76,2	74,5	2,8	3,3	14,1	20,8	70,9	60,3	15,0	18,9	4,4	3,9	95,6	96,1	81	25	12	6	3	78	54	18	14
82	Iran (République islamique d')	5,9	5,7	46,4	48,6	53,6	51,4	10,4	9,9	36,5	37,9	63,4	62,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	82	139	155	64	75	406	397	188	193
83	Iraq	4,2	4,2	58,9	59,1	41,1	40,9	12,5	13,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	83	125	149	74	88	195	209	115	124
84	Irlande	6,9	6,8	75,6	76,8	24,4	23,2	14,8	15,7	8,3	9,0	91,7	91,0	0,0	0,0	32,9	35,7	54,6	49,2	84	1 512	1 567	1 144	1 203	1 498	1 583	1 133	1 216
85	Islande	8,0	8,4	83,7	83,9	16,3	16,1	18,9	21,0	31,5	29,8	68,5	70,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	85	2 162	2 476	1 810	2 078	1 998	2 277	1 673	1 911
86	Israël	8,8	8,8	68,1	66,8	31,9	33,2	12,5	12,0	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	81,7	84,1	86	1 561	1 501	1 064	1 003	1 630	1 607	1 111	1 074
87	Italie	7,7	7,7	72,2	71,9	27,8	28,1	11,2	11,4	0,4	0,1	99,6	99,9	0,0	0,0	4,8	4,7	90,4	87,2	87	1 568	1 603	1 132	1 153	1 603	1 712	1 157	1 231
88	Jamahiriya arabe libyenne	3,7	3,9	47,6	47,6	52,4	52,4	2,6	2,7	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	90,9	90,9	88	345	344	164	164	286	290	136	138
89	Jamaïque	5,4	5,5	53,5	53,0	46,5	47,0	8,7	8,1	0,0	0,0	97,3	96,4	2,7	3,6	7,6	7,3	50,6	48,6	89	154	159	83	84	269	265	144	141
90	Japon <sup>a</sup>	7,4	7,5	79,5	78,1	20,5	21,9	16,5	13,6	89,0	89,2	11,0	10,8	0,0	0,0	...	1,3	78,9	77,8	90	2 467	2 244	1 961	1 752	1 783	1 763	1 417	1 377
91	Jordanie	8,8	8,5	62,6	62,1	37,4	37,9	14,7	14,4	0,0	0,0	98,0	97,2	2,0	2,8	0,0	0,0	83,1	82,7	91	147	147	92	91	355	348	222	216
92	Kazakhstan	4,9	5,7	76,4	70,6	23,6	29,4	17,6	13,4	26,9	28,3	72,8	70,7	0,3	1,1	...	...	100	100	92	81	66	62	47	231	214	176	151
93	Kenya	7,6	7,6	28,2	28,1	71,8	71,9	7,9	7,8	13,5	13,6	60,1	59,9	26,3	26,5	4,7	4,5	73,9	74,3	93	28	30	8	8	104	104	29	29
94	Kirghizistan	3,9	4,5	69,4	63,9	30,6	36,1	10,4	10,1	0,8	4,6	94,0	85,8	5,2	9,6	...	...	100	100	94	15	15	10	10	92	105	64	67
95	Kiribati	8,9	8,4	99,1	99,2	0,9	0,8	12,9	11,8	0,0	0,0	98,5	98,3	1,5	1,7	0,0	0,0	100	100	95	54	47	54	47	140	138	138	137
96	Koweït	3,3	4,0	87,4	87,1	12,6	12,9	8,4	8,0	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	96	580	565	507	492	554	536	485	467
97	Lesotho	5,3	6,0	76,0	78,3	24,0	21,7	12,4	10,8	0,0	0,0	79,5	82,0	20,5	18,0	0,0	0,0	100	100	97	28	27	21	21	77	77	58	60
98	Lettonie	6,0	6,7	60,6	61,8	39,4	38,2	9,6	9,6	52,5	49,0	47,4	50,3	0,1	0,7	...	...											

Tableau 5 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1998

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques		Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses de santé financées par l'impôt en % des dépenses publiques de santé		Ressources extérieures pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses des assurances privées pour la santé en % des dépenses privées de santé		Paiements directs pour la santé en % des dépenses privées de santé		Total des dépenses de santé au taux de change officiel (US \$)		Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change officiel (US \$)		Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux		Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	101 Lituanie	6,6	6,6	73,9	73,0	26,1	27,0	14,4	14,8	68,6	89,9	31,4	10,1	...	...	...	...	90,9	90,9	171	192	126	140	448	462	331	337	
102 Luxembourg	5,9	6,0	92,5	92,4	7,5	7,6	12,5	12,7	86,0	82,7	14,0	17,3	0,0	0,0	19,5	21,5	59,2	58,0	2 461	2 574	2 276	2 379	1 998	2 214	1 848	2 046		
103 Madagascar	2,3	2,3	57,2	57,8	42,8	42,2	7,6	7,7	0,0	0,0	87,1	83,2	12,9	16,8	...	...	100	100	6	6	3	3	19	20	11	12		
104 Malaisie	2,3	2,5	57,6	57,7	42,4	42,3	5,6	6,0	0,0	0,0	98,8	98,5	1,2	1,5	0,0	0,0	100	100	110	84	63	48	194	168	112	97		
105 Malawi	7,3	7,2	50,6	50,3	49,4	49,7	14,6	14,5	0,0	0,0	61,3	67,5	38,7	32,5	1,6	2,2	35,4	34,1	18	12	9	6	35	33	18	17		
106 Maldives	7,1	7,2	74,5	72,3	25,5	27,7	10,9	10,0	0,0	0,0	91,6	91,9	8,4	8,1	0,0	0,0	100	100	91	96	68	69	198	211	147	152		
107 Mali	4,2	4,4	45,8	46,5	54,2	53,5	7,8	8,3	0,0	0,0	74,9	75,6	25,1	24,4	...	...	89,8	87,2	10	11	5	5	23	26	11	12		
108 Malte	8,2	8,4	70,9	69,3	29,1	30,7	14,0	14,1	62,7	62,4	37,3	37,6	0,0	0,0	...	...	100	100	715	761	507	527	1 011	1 135	717	786		
109 Maroc	4,6	4,4	28,6	30,0	71,4	70,0	3,9	3,9	8,4	8,5	89,8	89,8	1,8	1,7	23,1	23,2	76,8	76,7	54	54	16	16	137	145	39	43		
110 Maurice	3,4	3,4	51,1	51,8	48,9	48,2	7,1	7,1	0,0	0,0	79,1	80,2	20,9	19,8	...	...	100	100	122	117	62	61	264	280	135	145		
111 Mauritanie	2,9	3,3	69,7	69,1	30,3	30,9	7,7	10,5	0,0	0,0	84,8	79,4	15,2	20,6	0,0	0,0	100	100	13	13	9	9	32	38	22	26		
112 Mexique	5,4	5,3	43,6	48,0	56,4	52,0	6,0	7,2	72,7	70,4	27,3	29,5	0,0	0,0	2,7	4,0	93,7	92,1	228	234	99	112	443	443	193	212		
113 Micronésie (Etats fédérés de)	10,7	10,5	56,7	55,3	43,3	44,7	11,3	11,2	0,0	0,0	63,0	61,5	37,0	38,5	0,0	0,0	33,3	33,3	213	206	121	114	383	364	217	202		
114 Monaco	7,0	7,2	50,0	49,3	50,0	50,7	17,8	17,9	93,8	94,1	6,3	5,9	0,0	0,0	...	...	100	100	1 661	1 772	831	873	1 435	1 628	718	802		
115 Mongolie	5,0	6,2	62,7	65,4	37,3	34,6	13,4	14,7	36,8	39,9	51,8	55,3	11,4	4,8	0,0	0,0	73,3	74,5	22	24	14	16	79	88	49	58		
116 Mozambique	3,9	3,8	56,2	57,7	43,8	42,3	11,2	11,1	0,0	0,0	39,8	38,7	60,2	61,3	0,0	0,0	41,2	41,7	8	8	4	5	23	25	13	14		
117 Myanmar	1,6	1,5	20,3	15,1	79,7	84,9	3,6	3,9	3,4	2,8	93,1	93,7	3,4	3,5	...	...	100	100	65	86	13	13	24	32	5	5		
118 Namibie	7,9	8,2	54,3	54,3	45,7	45,7	11,1	12,0	0,0	0,0	91,6	93,2	8,4	6,8	91,3	91,3	3,0	2,9	155	145	84	79	330	337	179	183		
119 Nauru	4,9	4,9	97,4	97,4	2,6	2,6	9,6	9,7	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	100	100	168	141	164	138	523	507	510	493		
120 Népal	4,7	5,4	20,6	23,5	79,4	76,5	5,3	6,2	0,0	0,0	67,1	66,2	32,9	33,8	0,0	0,0	73,5	72,4	11	11	2	3	51	58	11	14		
121 Nicaragua	5,9	5,7	61,3	62,8	38,7	37,2	22,1	22,3	18,7	17,6	61,2	66,5	20,1	15,9	...	...	100	100	51	53	31	33	132	139	81	87		
122 Niger	3,0	3,0	51,1	48,6	48,9	51,4	6,0	5,5	0,0	0,0	61,0	63,8	39,0	36,2	0,0	0,0	81,4	80,2	5	5	3	3	16	17	8	8		
123 Nigéria	1,9	2,1	27,0	39,4	73,0	60,6	3,5	5,1	0,0	0,0	53,8	60,5	46,2	39,5	...	...	100	100	20	24	5	10	17	18	5	7		
124 Nioué	7,6	6,7	97,3	96,7	2,7	3,3	13,0	12,6	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	100	100	411	328	399	317	411	328	400	317		
125 Norvège	8,0	8,6	83,0	82,8	17,0	17,2	14,7	14,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	88,9	90,8	2 831	2 848	2 348	2 359	2 148	2 246	1 782	1 860		
126 Nouvelle-Zélande	7,6	8,1	77,3	77,0	22,7	23,0	12,7	13,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,8	27,7	70,2	72,3	1 339	1 159	1 035	893	1 374	1 469	1 062	1 132		
127 Oman	3,2	3,6	82,1	81,6	17,9	18,4	6,9	7,3	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	49,9	51,1	303	294	249	240	327	353	268	288		
128 Ouganda	3,7	3,5	50,7	38,2	49,3	61,8	11,5	9,3	0,0	0,0	38,2	51,2	61,8	48,8	0,6	0,5	59,1	54,2	12	11	6	4	32	30	16	11		
129 Ouzbékistan	4,6	4,1	82,9	82,9	17,1	17,1	11,6	10,3	0,0	0,0	99,4	99,2	0,6	0,8	0,0	0,0	100	100	26	26	22	21	98	97	81	80		
130 Pakistan	4,0	4,0	22,9	23,6	77,1	76,4	2,9	3,1	55,1	55,2	42,0	41,4	2,9	3,4	0,0	0,0	100	100	18	18	4	4	66	67	15	16		
131 Palaos	6,1	6,4	87,5	88,0	12,5	12,0	8,9	9,1	0,0	0,0	78,6	83,6	21,4	16,4	0,0	0,0	100	100	442	449	387	395	444	437	388	384		
132 Panama	7,6	7,5	66,7	68,9	33,3	31,1	18,7	18,5	60,6	61,8	38,8	37,5	0,6	0,6	16,8	16,9	76,8	76,8	241	255	161	175	412	427	275	294		
133 Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,3	3,9	89,4	91,4	10,6	8,6	9,6	12,3	0,0	0,0	83,5	77,8	16,5	22,2	2,1	5,1	88,2	91,8	35	32	31	29	67	79	60	73		
134 Paraguay	7,5	7,3	33,1	37,7	66,9	62,3	13,6	14,9	47,8	44,9	48,7	38,1	3,5	17,0	20,8	12,0	69,2	77,2	142	120	47	45	307	282	102	106		
135 Pays-Bas	8,7	8,7	68,9	68,6	31,1	31,4	12,7	12,9	93,8	94,0	6,2	6,0	0,0	0,0	57,5	55,7	23,2	25,5	2 086	2 166	1 436	1 487	1 856	2 056	1 278	1 411		
136 Pérou	4,0	4,4	55,5	57,2	44,5	42,8	10,2	11,0	43,7	43,8	53,7	52,7	2,6	3,4	6,6	6,9	80,4	80,0	98	100	54	57	188	197	104	112		
137 Philippines	3,6	3,6	43,4	42,4	56,6	57,6	6,7	6,6	11,8	8,8	83,5	84,7	4,7	6,4	3,4	3,4	82,9	83,2	41	32	18	14	162	144	70	61		
138 Pologne	6,1	6,4	72,0	65,4	28,0	34,6	9,5	9,4	0,0	0,0	100	100	...	0,0	0,0	0,0	100	100	228	264	164	173	465	535	334	350		
139 Portugal	7,5	7,7	67,1	66,9	32,9	33,1	12,0	12,2	7,4	8,5	91,8	92,0	0,0	0,0	5,2	5,3	67,8	68,0	801	859	537	575	1 081	1 217	725	814		
140 Qatar	4,0	4,4	76,3	76,6	23,7	23,4	7,6	7,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	24,7	24,4	836	842	638	645	919	919	701	705		
141 République arabe syrienne	4,0	4,0	51,7	51,5	48,3	48,5	7,1	7,1	0,0	0,0	99,8	99,9	0,2	0,1	0,0	0,0	100	100	42	46	22	24	106	109	55	56		
142 République centrafricaine	2,4	2,4	51,4	48,9	48,6	51,1	4,0	3,8	0,0	0,0	75,7	72,9	24,3	27,1	0,0	0,0	77,3	78,0	7	7	3	3	19	21	10	10		
143 République de Corée	5,0	5,1	41,0	46,2	59,0	53,8	9,4	9,6	71,9	74,5	28,1	25,5	0,0	0,0	11,3	12,9	78,2	77,4	523	354	215	164	716	580	294	268		
144 République démocratique du Congo	1,6	1,7	74,1	74,1	25,9	25,9	12,3	13,5	0,0	0,0	90,5	92,2	9,5	7,8	0,0	0,0	100	100	26	27	19	20	35	46	26	34		
145 République démocratique populaire lao	4,3	4,1	36,8	37,1	63,2	62,9	6,0	5,7	0,6	0,6	86,3	87,2	13,1	12,1	0,0	0,0	100	100	15	11	6	4	55	50	20	19		
146 République de Moldova	8,0	6,5	75,4	68,1	24,6	31,9	11,9	11,9	0,0	0,0	97,6	96,2	2,4	3,8	0,0	0,0	100	100	36	25	27	17	181	125	137	85		
147 République dominicaine	6,4	6,5	29,1	28,3	70,9	71,7	10,5	10,2	22,3	21,9	75,4	74,3	2,3	3,7	13,1	14,2	77,1	76,2	122	126	35	36	229	240	66	68		
148 République populaire démocratique de Corée	3,0	3,0	83,5	83,5	16,5	16,5	5,5	5,5	0,0	0,0	99,0	99,0	1,0	1,0	0,0	0,0	100	100	14	14	12	11	30	30	25	25		

Tableau 5 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1998

Etats Membres	Total de dépenses de santé en % du PIB		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé		Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques		Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses de santé financées par l'impôt en % des dépenses publiques de santé		Ressources extérieures pour la santé en % des dépenses publiques de santé		Dépenses des assurances privées pour la santé en % des dépenses privées de santé		Paiements directs pour la santé en % des dépenses privées de santé		Total des dépenses de santé au taux de change officiel (US \$)		Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change officiel (US \$)		Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux		Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	149	République tchèque	7,1	7,1	91,7	91,9	8,3	8,1	14,2	15,0	89,5	90,2	10,5	9,8	...	0,0	...	...	100	100	149	363	392	333	360	870	946	798
150	République-Unie de Tanzanie	5,1	4,9	47,1	48,5	52,9	51,5	14,8	14,9	0,0	0,0	63,3	56,1	36,7	43,9	0,0	0,0	85,9	86,5	150	10	10	5	5	21	20	10	10
151	Roumanie	4,1	3,8	62,9	56,9	37,1	43,1	7,5	7,9	18,7	21,6	80,3	77,4	1,0	0,9	...	...	100	100	151	63	65	40	37	258	238	162	135
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,7	6,8	83,7	83,3	16,3	16,7	13,7	14,3	11,6	11,8	88,4	88,2	0,0	0,0	21,3	20,8	67,1	66,8	152	1 499	1 628	1 254	1 357	1 457	1 512	1 220	1 260
153	Rwanda	5,2	5,0	34,1	37,2	65,9	62,8	8,7	9,8	0,9	0,9	28,5	24,3	70,6	74,9	0,2	0,2	62,4	52,0	153	17	16	6	6	41	39	14	14
154	Sainte-Lucie	4,1	4,4	62,3	65,6	37,7	34,4	9,0	8,8	...	...	97,0	97,4	3,0	2,6	...	...	100	100	154	169	186	105	122	231	255	144	167
155	Saint-Kitts-et-Nevis	4,7	4,7	68,4	67,6	31,6	32,4	10,9	10,9	0,0	0,0	92,5	92,6	7,5	7,4	...	...	100	100	155	320	349	219	236	501	530	343	358
156	Saint-Marin	7,6	7,7	85,2	85,7	14,8	14,3	9,9	10,1	93,6	94,6	6,4	5,4	0,0	0,0	...	...	100	100	156	2 288	2 404	1 949	2 060	1 606	1 674	1 369	1 435
157	Saint-Vincent-et-Grenadines	6,3	5,9	63,8	62,5	36,2	37,5	9,8	9,7	0,0	0,0	99,9	99,8	0,1	0,2	...	...	100	100	157	163	170	104	106	313	319	200	199
158	Samoa	3,5	3,5	71,4	68,9	28,6	31,1	12,5	12,4	0,0	0,0	97,8	93,0	2,2	7,0	0,0	0,0	100	100	158	52	48	37	33	107	106	77	73
159	Sao Tomé-et-Principe	3,0	2,9	66,7	67,9	33,3	32,1	2,9	3,6	0,0	0,0	78,8	80,9	21,3	19,1	0,0	0,0	100	100	159	10	8	6	6	26	25	17	17
160	Sénégal	4,5	4,5	55,7	58,4	44,3	41,6	13,1	13,1	0,0	0,0	83,6	86,9	16,4	13,1	0,0	0,0	100	100	160	23	23	13	14	47	50	26	29
161	Seychelles	6,8	6,9	72,3	69,4	27,7	30,6	8,8	7,9	0,0	0,0	78,0	73,1	22,0	26,9	0,0	0,0	77,8	75,3	161	500	509	362	353	765	806	553	559
162	Sierra Leone	3,0	2,8	41,4	40,4	58,6	59,6	7,2	7,3	0,0	0,0	73,2	78,6	26,8	21,4	0,0	0,0	100	100	162	6	5	3	2	23	22	10	9
163	Singapour	3,3	3,6	34,4	35,4	65,6	64,6	2,6	2,6	23,2	20,7	76,8	79,3	0,0	0,0	...	...	100	100	163	846	792	291	280	679	744	233	263
164	Slovaquie	7,1	6,3	91,4	90,7	8,6	9,3	13,7	12,5	66,2	73,4	33,8	26,6	...	0,1	...	...	83,3	85,2	164	270	251	247	228	695	652	635	592
165	Slovénie	8,9	8,7	79,3	78,7	20,7	21,3	16,3	15,6	96,3	98,6	3,7	1,4	0,0	0,0	48,1	49,1	51,9	50,9	165	811	852	643	671	1 240	1 340	984	1 055
166	Somalie	2,4	2,0	62,5	62,4	37,5	37,6	5,6	4,5	0,0	0,0	92,6	81,5	7,4	18,5	0,0	0,0	100	100	166	5	4	3	3	13	11	8	7
167	Soudan	4,4	4,2	20,9	24,1	79,1	75,9	3,4	4,4	0,0	0,0	99,7	99,2	0,3	0,8	0,0	0,0	100	100	167	120	121	25	29	60	60	13	14
168	Sri Lanka	3,2	3,4	49,5	51,3	50,5	48,7	6,0	5,8	0,0	0,0	95,8	96,0	4,2	4,0	1,0	1,0	99,0	99,0	168	26	29	13	15	89	99	44	51
169	Suède	8,1	7,9	84,3	83,8	15,7	16,2	11,3	11,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	100	100	169	2 272	2 144	1 914	1 797	1 709	1 731	1 440	1 450
170	Suisse	10,4	10,6	55,2	54,9	44,8	45,1	10,9	10,4	71,6	72,3	28,4	27,7	0,0	0,0	25,7	23,8	72,0	72,6	170	3 720	3 877	2 052	2 127	2 532	2 861	1 396	1 570
171	Suriname	6,7	7,1	60,2	62,2	39,8	37,8	19,9	14,1	44,7	42,1	22,8	22,7	32,4	35,2	...	...	100	100	171	148	140	89	87	276	225	166	140
172	Swaziland	3,4	3,7	72,3	72,0	27,7	28,0	8,2	8,0	0,0	0,0	79,3	76,7	20,7	23,3	0,0	0,0	100	100	172	52	51	37	37	160	167	116	120
173	Tadjikistan	3,0	2,3	66,0	61,5	34,0	38,5	9,4	8,2	0,0	0,0	96,5	97,5	3,5	2,5	0,0	0,0	100	100	173	5	5	3	3	40	37	26	23
174	Tchad	3,1	2,9	79,3	78,6	20,7	21,4	13,2	12,6	0,0	0,0	78,0	65,7	22,0	34,3	0,0	0,0	100	100	174	7	7	5	5	19	19	15	15
175	Thaïlande	3,7	3,9	57,2	61,4	42,8	38,6	10,9	13,3	8,3	8,3	91,5	91,6	0,1	0,1	13,6	15	86,1	84,8	175	93	71	53	44	221	197	126	121
176	Togo	2,8	2,4	42,8	50,0	57,2	50,0	4,3	4,3	0,0	0,0	84,7	83,2	15,3	16,8	0,0	0,0	100	100	176	10	9	4	4	34	31	15	16
177	Tonga	7,9	7,7	46,8	46,1	53,2	53,9	13,1	14,2	0,0	0,0	90,7	90,8	9,3	9,2	0,0	0,0	100	100	177	143	123	67	57	276	266	129	123
178	Trinité-et-Tobago	5,0	5,2	43,4	44,2	56,6	55,8	7,6	6,9	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	5,8	5,6	87,5	87,8	178	228	248	99	109	358	398	155	176
179	Tunisie	5,3	5,3	40,4	41,3	59,6	58,7	6,7	7,0	42,7	40,0	57,2	59,9	0,1	0,1	0,0	0,0	90,9	91,5	179	109	115	44	47	282	310	114	128
180	Turkménistan	3,9	5,5	74,5	79,2	25,5	20,8	11,7	16,7	9,9	5,3	87,7	93,2	2,4	1,6	0,0	0,0	100	100	180	23	32	17	25	117	172	87	136
181	Turquie	4,2	4,9	71,5	71,9	28,5	28,1	10,7	11,5	39,0	43,8	61,0	56,2	0,0	0,0	0,2	0,2	99,6	99,6	181	125	150	90	108	273	326	195	234
182	Tuvalu	8,9	9,0	71,4	72,2	28,6	27,8	7,6	7,1	0,0	0,0	94,2	94,6	5,8	5,4	0,0	0,0	100	100	182	125	110	90	79	300	293	214	212
183	Ukraine	5,4	5,0	75,0	71,1	25,0	28,9	9,3	8,0	0,0	0,0	99,2	99,5	0,8	0,5	0,0	0,0	100	100	183	53	42	40	30	189	158	142	112
184	Uruguay	10,0	10,2	45,9	46,4	54,1	53,6	13,7	14,2	51,7	53,0	47,7	46,4	0,6	0,6	63,3	63,7	36,7	36,3	184	662	697	304	324	884	943	406	438
185	Vanuatu	3,3	3,3	64,2	63,6	35,8	36,4	9,6	9,6	0,0	0,0	51,6	51,7	48,4	48,3	0,0	0,0	100	100	185	46	41	29	26	96	95	62	61
186	Venezuela (République bolivarienne du)	4,6	4,9	50,6	53,1	49,4	46,9	9,4	10,9	27,7	28,6	72,3	71,4	0,0	0,0	4,7	5,2	86,8	94,8	186	179	200	91	106	289	286	146	152
187	Viet Nam	4,5	5,2	20,3	23,9	79,7	76,1	4,0	6,3	0,0	0,0	93,3	94,7	6,7	5,3	0,0	0,0	100	100	187	15	19	3	4	90	112	18	27
188	Yémen	2,9	3,9	37,9	39,1	62,1	60,9	3,3	3,9	0,0	0,0	90,1	89,2	9,9	10,8	0,0	0,0	100	100	188	12	13	5	5	37	49	14	19
189	Yougoslavie	6,7	5,6	58,6	50,9	41,4	49,1	13,8	10,5	0,0	0,0	100	99,9	...	0,1	0,0	0,0	100	100	189	125	87	73	45	284	233	167	119
190	Zambie	6,0	5,6	56,5	57,3	43,5	42,7	13,4	12,6	0,0	0,0	60,7	57,0	39,3	43,0	0,0	0,0	73,3	74,7	190	24	20	14	12	51	45	29	26
191	Zimbabwe	9,2	10,8	59,1	55,9																							

# LISTE DES ETATS MEMBRES PAR RÉGION OMS

## ET PAR STRATE DE MORTALITÉ

### Région africaine (AFR)

**Afrique du Sud** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Algérie** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Angola** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Bénin** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Botswana** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Burkina Faso** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Burundi** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Cameroun** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Cap-Vert** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Comores** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Congo** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Côte d'Ivoire** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Erythrée** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Ethiopie** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Gabon** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Gambie** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Ghana** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Guinée** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Guinée-Bissau** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Guinée équatoriale** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Kenya** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Lesotho** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Libéria** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Madagascar** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Malawi** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Mali** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Maurice** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Mauritanie** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Mozambique** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Namibie** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Niger** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Nigéria** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Ouganda** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**République centrafricaine** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**République démocratique du Congo** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**République-Unie de Tanzanie** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Rwanda** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Sao Tomé-et-Principe** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Sénégal** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Seychelles** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Sierra Leone** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Swaziland** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Tchad** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Togo** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Zambie** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

**Zimbabwe** – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

### Région des Amériques (AMR)

**Antigua-et-Barbuda** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Argentine** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Bahamas** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Barbade** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Belize** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Bolivie** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Bésil** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Canada** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

**Chili** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Colombie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Costa Rica** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Cuba** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

**Dominique** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**El Salvador** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Equateur** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Etats-Unis d'Amérique** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

**Grenade** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Guatemala** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Guyana** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Haiti** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Honduras** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Jamaïque** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Mexique** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Nicaragua** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Panama** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Paraguay** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Pérou** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**République dominicaine** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Sainte-Lucie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Saint-Kitts-et-Nevis** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Saint-Vincent-et-Grenadines** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Suriname** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Trinité-et-Tobago** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Uruguay** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Venezuela (République bolivarienne du)** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

### Région de la Méditerranée orientale (EMR)

**Afghanistan** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Arabie saoudite** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Bahreïn** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Chypre** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Djibouti** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Egypte** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Emirats arabes unis** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Iran (République islamique d')** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Iraq** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Jamahiriya arabe libyenne** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Jordanie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Koweït** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Liban** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Maroc** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**Oman** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Pakistan** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Qatar** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**République arabe syrienne** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Somalie** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Soudan** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Tunisie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Yémen** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

### Région européenne (EUR)

**Albanie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Allemagne** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Andorre** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Arménie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Autriche** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Azerbaïdjan** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Bélarus** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Belgique** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Bosnie-Herzégovine** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Bulgarie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Croatie** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Danemark** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Espagne** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Estonie** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Ex-République yougoslave de Macédoine** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Fédération de Russie** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Finlande** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**France** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Géorgie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Grèce** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Hongrie** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Irlande** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Islande** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Israël** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Italie** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Kazakhstan** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Kirghizistan** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

**Lettonie** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Lituanie** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Luxembourg** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Malte** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Monaco** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Norvège** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Ouzbékistan** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Pays-Bas** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Pologne** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Portugal** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**République de Moldova** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**République tchèque** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Roumanie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Saint-Marin** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Slovaquie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Slovénie** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Suède** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Suisse** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Tadjikistan** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Turkménistan** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Turquie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Ukraine** – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Yougoslavie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

### Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR)

**Bangladesh** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Bhoutan** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Inde** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Indonésie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Maldives** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Myanmar** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Népal** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

**République populaire démocratique de Corée** – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte  
**Sri Lanka** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Thaïlande** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

### Région du Pacifique occidental (WPR)

**Australie** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Brunéi Darussalam** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Cambodge** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Chine** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Fidji** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Iles Cook** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Iles Marshall** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Iles Salomon** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Japon** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Kiribati** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Malaisie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Micronésie (Etats fédérés de)** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Mongolie** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Nauru** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Nioué** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Nouvelle-Zélande** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Palaos (les)** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Papouasie-Nouvelle-Guinée** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Philippines** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**République de Corée** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**République démocratique populaire lao** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Samoa** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Singapour** – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte  
**Tonga** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Tuvalu** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Vanuatu** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte  
**Viet Nam** – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte



## REMERCIEMENTS

### Groupe consultatif du Siège

Anarfi Asamoah-Baah  
Ruth Bonita  
Jane Ferguson  
Bill Kean  
Lorenzo Savioli  
Mark Szczeniowski  
Bedirhan Ustun  
Eva Wallstam

### Groupes consultatifs régionaux :

#### AFRO

Jo Asare (Ghana)  
Florence Baingana (Banque mondiale)  
Mariamo Barry (Guinée)  
Mohammed Belhocine (AFRO)  
Tecla Butau (AFRO)  
Fidelis Chikara (Zimbabwe)  
Joseph Delafossae (Côte d'Ivoire)  
Fatoumata Diallo (AFRO)  
Melvin Freeman (Afrique du Sud)  
Geeneswar Gaya (Maurice)  
Eric Grunitzky (Togo)  
Momar Gueye (Sénégal)  
Mohammed Hacen (AFRO)  
Dia Houssanou (Mauritanie)  
Baba Koumare (Mali)  
Itzhak Levav (Israël)  
Mapunza Mamiezi  
(République du Congo)  
Custodia Mandlhate (AFRO)  
Elisabeth Matare (FMSM)  
Ana Paula Mogue (Mozambique)  
Patrick Msoni (Zambie)  
Mercy Ngowenha (Zimbabwe)  
Felicien N'tone Enime (Cameroun)  
Olabisi Odejide (Nigéria)  
David Okello (AFRO)  
Michel Olatuwara (Nigéria)  
Brian Robertson (Afrique du Sud)  
Bokar Toure (AFRO)

#### AMRO

Jose Miguel Caldas De Almeida  
(AMRO-OPS)  
Rene Gonzales (Costa Rica)  
Matilde Maddaleno (AMRO-OPS)  
Maria Elena Medina-Mora (Mexique)  
Claudio Miranda (AMRO-OPS)  
Winnifred Mitchel-Frable  
(Etats-Unis d'Amérique)  
Grayson Norquist  
(Etats-Unis d'Amérique)  
Juan Ramos (Etats-Unis d'Amérique)  
Darrel Regier (Etats-Unis d'Amérique)  
Jorge Rodriguez (Guatemala)  
Heather Stuart (Canada)  
Charles Thesiger (Jamaïque)  
Benjamin Vincente (Chili)

#### EMRO

Youssef Abdulghani  
(Arabie saoudite)  
Ahmed Abdullatif (EMRO)  
Fouad Antoun (Liban)  
Ahmed Abou El Azayem (Egypte)  
Mahmoud Abou Dannoun (Jordanie)  
Abdullah El Eryani (Yémen)  
Zohier Hallaj (EMRO)  
Ramez Mahaini (EMRO)  
Abdel Masih Khalef (Syrie)  
Abdelhay Mechbal (EMRO)  
Ahmed Mohit (EMRO)  
Driss Moussaoui (Maroc)  
Malik Mubbashar (Pakistan)  
Mounira Nabli (Tunisie)  
Ayad Nouri (Iraq)  
Ahmad Okasha (Egypte)  
Omar Shaheen (Egypte)  
Davoud Shahmohammadi  
(Iran, République islamique d')  
Gihan Tawile (EMRO)

#### EURO

Fritz Henn (Allemagne)  
Clemens Hosman (Pays-Bas)  
Maria Kopp (Hongrie)  
Valery Krasnov (Russie)  
Ulrik Malt (Norvège)  
Wolfgang Rutz (EURO)  
Danuta Wasserman (Suède)

#### SEARO

Nazmul Ahsan (Bangladesh)  
Somchai Chakrabhand (Thaïlande)  
Vijay Chandra (SEARO)  
Chencho Dorji (Bhoutan)  
Kim Farley (WR-Inde)  
Mohan Issac (Inde)  
Sao Sai Lon (Myanmar)  
Rusdi Maslim (Indonésie)  
Nalaka Mendis (Sri Lanka)  
Imam Mochny (SEARO)  
Davinder Mohan (Inde)  
Sawat Ramaboot (SEARO)  
Diyath Samarasinghe (Sri Lanka)  
Omaj Sutisnaputra (SEARO)  
Than Sein (SEARO)  
Kapil Dev Upadhyaya (Népal)

#### WPRO

Abdul Aziz Abdullah (Malaisie)  
Iokapeta Enoka (Samoa)  
Gauden Galea (WPRO)  
Helen Herrman (Australie)  
Lourdes Ignacio (Philippines)  
Linda Milan (WPRO)  
Masato Nakauchi (WPRO)  
Masahisa Nishizono (Japon)  
Bou-Yong Rhi (République de Corée)  
Shen Yucun (Chine)  
Nguyen Viet (Viet Nam)

### Autres contributions de :

Sarah B. Assamagan  
(Etats-Unis d'Amérique)  
José Ayuso-Mateos (OMS)  
Florence Baiglana (Banque mondiale)  
Meena Cabral de Mello (OMS)  
Judy Chamberlain  
(Etats-Unis d'Amérique)  
Carlos Climent (Colombie)  
John Cooper (Royaume-Uni)  
Bhargavi Davar (Inde)  
Vincent Dubois (Belgique)  
Alexandra Fleischmann (OMS)  
Alan Flisher (Afrique du Sud)  
H. Godhse (Autriche)  
Zora Cazi Gotovac (Croatie)  
Gopalakrishna Gururaj (Inde)  
Rosanna de Guzman (Philippines)  
Nick Hether (Royaume-Uni)  
Clemens Hosman (Pays-Bas)  
Rachel Jenkins (Royaume-Uni)  
Sylvia Kaaya (Tanzanie)  
Martin Knapp (Royaume-Uni)  
Robert Kohn (Etats-Unis d'Amérique)  
Julian Leff (Royaume-Uni)  
Margaret Leggot (Canada)  
Itzhak Levav (Israël)  
Felice Lih Mak (Hong Kong)  
Ian Lojkhart (Afrique du Sud)  
Jana Lojanova (Slovaquie)  
Crick Lund (Royaume-Uni)  
Pallav Maulik (OMS)  
Pat McGorry (Australie)  
Maria Elena Medina Mora (Mexique)  
Brian Mishara (Danemark)  
Protima Murthy (Inde)  
Helen Nygren-Krugs (OMS)  
Kathryn O'Connell (OMS)  
Inge Peterson (Afrique du Sud)  
Leonid Pripilko (OMS)  
Lakshmi Ratnayake (Sri Lanka)  
Morton Silverman  
(Etats-Unis d'Amérique)  
Tirupathi Srinivasa (Inde)  
Avedesh Sharma (Inde)  
Michele Tansella (Italie)  
Rangaswamy Thara (Inde)  
Graham Thornicroft (Royaume-Uni)  
Lakshmi Vijayakumar (Inde)  
Frank Vocci (Etats-Unis d'Amérique)  
Dr Wakalisa (Botswana)  
Erica Wheeler (OMS)  
Harvey Whiteford (Australie)  
Sik Jun Young (Corée)

# INDEX

La numérotation en **gras** indique la référence principale.

- Action 57
- Acheteurs, de services 96–98
- Adolescents
- apprentissage du comportement sanitaire 9–10
  - politique en santé mentale 77, 82, 84
  - troubles mentaux 22, **36**
- Affronter le stress 12–13
- Afghanistan 66, 92
- Afrique
- accès Internet 102
  - charge des troubles 26
  - facteurs sociaux 13, 41
  - politique de santé mentale 79
  - prestation de services 88, 100
  - soins de santé mentale 54, 58
  - VIH/SIDA 44
- Afrique du Sud 15, 53, 65, 91–92
- Age (*voir aussi* Enfants; Personnes âgées) 12, **43**
- dépression et 30, 43
  - différences entre les sexes et 41
  - maladie d'Alzheimer et 34–35
- Albanie 39
- Alcooliques anonymes 57, 67
- Allemagne 16, 40, 102
- charge des troubles 24, 36
  - déterminants des troubles 40
  - soins de santé mentale 63
- Alzheimer's Disease International* (ADI) 58
- Amériques
- charge des troubles 26
  - politique de santé mentale 53, 81
  - prestations de service 88
- Amérique centrale 13, 51
- Amérique du Nord 40
- Amérique du Sud 13
- Amérique latine 40, 53, 55, 86
- Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) 25–26
- causes 27
  - démence 35
  - dépression 30
  - par cause, sexe et strate de mortalité *Annexe Tableau 3*
  - problèmes liés à l'alcool et 32
  - schizophrénie 33
  - suicide 38
- Années de vie perdues 25
- Années perdues pour cause d'incapacité (AVI) 25, 26, 28
- démence 35
  - dépression 30
  - schizophrénie 33
- Antidépresseurs tricycliques 66, 73
- Anxiété
- comorbidité 37
  - dans les soins de santé primaires 23–24
  - différences entre les sexes 41, 42
  - qualité de vie et 29
  - santé physique et 10
- Apprentissage 6–7
- Approche de santé publique 16–17
- Arabie saoudite 90, 92
- Argentine 41, 63, 90
- Armes à feu, disponibilité des 39, 75
- Asie 13, 58
- Asie du Sud-Est
- charge des troubles 26
  - politique de santé mentale 81
  - prestations de services 87, 88
  - soins de santé mentale 55
- Asiles, aliénés (*voir aussi* Hôpitaux psychiatriques) 4, 49–50, 52, 53
- Association mondiale de Psychiatrie (WPA) 59, 101, 102, 103
- Assurance maladie 80–81, 95–96, 115
- Assurance privée 80–81, 95–96
- Assurances sociales 80–81, 95
- Australie
- charge des troubles 25–26
  - soins de santé mentale 54, 55, 59, 89
  - suicide 38
- Autisme 36
- Autriche 39, 102
- AVCI, *voir* Années de vie corrigées de l'incapacité
- Beers, Clifford 59
- Befrienders International 74
- Belgique 16, 59
- Botswana 65
- Brésil 16, 24, 38
- déterminants des troubles 40, 42
  - prestations de services 92, 95
  - soins de santé mentale 53, 63, 65
- Budgets 79, 93
- mondiaux 93
  - précis 93
- Bulgarie 39, 41

- Cambodge 92  
 Campagne «Open the doors» 101, 102  
 Canada 16, 102  
     problèmes liés à la consommation d'alcool 32  
     soins de santé mentale 55, 57, 59  
 Cancer du sein 8  
 Cannabis 30, 32  
 Caracas, Déclaration de 53, 86  
 Carbamazépine 71  
 Carence en iode 35, 72  
 Carlsson, Professeur Arvid 7  
 Catastrophes **43-44**  
 Catastrophes naturelles 43-44  
 Cellules gliales 5  
 Cerveau  
     lésions 34  
     formation 6-7  
     structure et fonction 5, 6  
 Changements socioéconomiques 38, 105  
 Changements technologiques 16  
 Charge mondiale de morbidité (CMM) 2000 25-26  
 Chili 24, 38, 40, 42, 96  
 Chine 24, 44, 102  
     politique de santé mentale 81  
     prestations de santé 90, 97  
     soins de santé mentale 53, 55, 63, 65  
     suicide 14, 37, 38, 39  
 Chlorpromazine 70  
 Chômage 14, 38, 39  
     lutte contre le 104, 105  
 Chypre 81  
 Cicatrisation des lésions 9  
 Circuits des neurones 6  
     altérations des 12  
*Classification statistique internationale des maladies  
 et des problèmes de santé connexes (CIM-10)* 10, 21, 22  
 Cocaïne 30, 32  
 Collaboration intersectorielle 94-95, **104-106**  
     recommandations xiii, 116, 118  
 Colombie 53, 92  
 Commerce **105**  
 Communauté  
     création d'emploi dans la communauté 64  
     impact des troubles 25  
     implication de la communauté locale xii, **58**, 115, 118  
     logement 64  
     mécanisme de financement 80-82  
     ressources, utilisation des **102-103**  
     surveiller la santé mentale des communautés xiii, 116, 118  
 Comorbidité **37**, 42  
 Comportement agressif 16  
 Comportement sexuel, à haut risque 10  
 Conflits **43-44**, 104  
 Consommateur  
     groupes de 56, 57, 102  
     implications xii, 115, 118  
     mouvement de 56  
 Contexte social **44-45**  
     dans la formation du cerveau 5-6  
     dans les troubles mentaux et du comportement 10, 11, 12, 13  
 Continuité des soins **55-56**  
 Contrats, prestataires de service 96  
 Contrôle  
     de la santé mentale communautaire xiii, 116, 118  
     systèmes 84, 93  
 Convention américaine sur les droits de l'homme 86  
 Convention européenne pour la protection  
     des droits de l'homme et des libertés fondamentales 86  
 Coopératives, de travail 64  
 Costa Rica 90  
 Côte d'Ivoire 63  
 Coût - efficacité 60-61  
     allocations des ressources 95-96  
     d'une psychothérapie 63  
     des médicaments psychotropes 62  
 Coûts économiques 26-28  
     de la maladie d'Alzheimer 35  
     de la schizophrénie 33  
     des troubles liés à l'utilisation de substance 32  
     nécessaires pour la recherche 108  
 Crétinisme 35, 72  
 Crises épileptiques (*voir aussi* Epilepsie) 34  
 Croatie 39  
 Cuba 38  
 Danemark 16  
 Débordement émotionnels 45, 57  
 Décentralisation, système de santé 80  
 Décès par cause, sexe et strate de mortalité *Annexe Tableau 2*  
 Déclaration de Caracas 53, 86  
 Délires 33  
 Démence (*voir aussi* Maladie d'Alzheimer) 28, 34-35  
 Démunis 13-14, 39  
 Dépendance, aux substances psychoactives 12, 30, 32-33  
 Dépression (troubles dépressifs) **29-30**  
     charge mondiale 26, 27, 28, 30  
     comorbidité 37  
     continuum des symptômes 11  
     dans la maladie d'Alzheimer 71-72  
     dans les soins de santé primaire 23-24  
     de l'enfant 36  
     différences entre les sexes 41-42  
     facteurs biologiques 12  
     facteurs environnementaux 10, 44-45  
     facteurs sociaux 13, 15  
     incidence de l'âge 30, 43  
     interventions **65-66**  
     non-observance et 9  
     pauvreté et 40, 41  
     prestations de services 95  
     santé physique et 8, 9  
     suicide et 30, 39  
     soins 57  
     tabagisme et 31  
 Désinstitutionnalisation 51, 91-92  
 Désintoxication 67  
 Développement psychologique, troubles du 22, 36  
 Diabète 9  
 Diagnostic 21-22, **55**  
 Différences entre les sexes 12, 23, **41-43**  
     dépression 30  
     taux de suicide 37  
 Discrimination 87  
     lutte contre la 101, 102  
 Districts de santé 52  
 «Divertissement éducatif» 101  
 Donateurs, extérieurs 82  
 Dopamine 7  
 Douleur et bien-être 8  
 Droits de l'Homme

- violations, dans les hôpitaux psychiatriques, 50, 51  
mouvements 49, 53  
respect des **86**
- Dyslexies 36
- ECHO 94
- Ecoles 105  
prévention du suicide 74  
promotion de la santé mentale 100  
spéciales 73
- Economie **105**  
des besoins de la recherche 108
- Economiques, coûts, voir : coûts économiques
- Education 104, **105**
- Egypte 42, 84, 92, 102
- El Salvador 38
- Emploi **63, 104, 105**  
coopératives 64
- Empoisonnement au paraquat 74
- Enfance, troubles de l' - 22, **36**
- Enfants  
apprentissage du comportement sanitaire 10  
politiques de santé mentale 79, 84, 86  
relations pendant les premières années 12
- Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus 106
- «Entreprise sociale» modèle de 64
- Epilepsie 29, **34, 51**  
interventions **70-71**
- Episode dépressif 11
- Equateur 71
- Equipes, Spécialistes en santé mentale xii-xiii, 56, 115
- Espagne 16, 102  
charge des troubles 36, 38, 39  
soins de santé mentale 63, 64
- Estonie 39
- Etats Baltes 38
- Etats-Unis (USA) 16, 24  
comorbidité 37  
maladie d'Alzheimer 35  
pauvreté 40  
prestations de services 97  
promotion de la santé mentale 100-101  
schizophrénie 33  
soins de santé mentale 55, 59, 66  
suicide 37, 38, 39, 75  
troubles de l'enfance/adolescence 36  
troubles liés à l'abus de substances 32, 69
- Ethiopie 36, 40
- Etudes en médecine 100
- Europe  
charge des troubles 26  
Initiative de Genève 103  
pauvreté 40  
politique de santé mentale 81  
prestation de services 87, 88  
soins de santé mentale 49, 51-52, 55  
suicide 39
- Evénements 12-13, 44-45
- Facteurs biologiques **12**
- Facteurs génétiques  
dans la formation du cerveau 5-7  
dans les troubles mentaux et comportementaux 10, 12
- Facteurs hormonaux 41
- Facteurs physiques, syndromes comportementaux associés à des 22
- Facteurs psychologiques **12-13**
- Facteurs sociaux **13-16**
- Famille  
impact des troubles 24-25  
implications xii, **56-59, 115, 118**  
rôle dans les troubles mentaux **44-45**  
soins et soutien 103-106  
thérapie 57
- Fédération de Russie 41  
usage de la psychiatrie 103  
suicide 37, 38, 75
- Fédération mondiale pour la Santé mentale 59
- Femmes 14-15, **41-43**  
politiques de santé mentale 85  
qui s'occupent des malades 43  
violence contre les 15, 42
- Financement  
choix des priorités 95-96  
des soins de santé **80-82**  
intégration des services de santé mentale 92-93  
soins communautaire 90-91
- Finlande 16, 38, 39, 40, 74
- Fonction cognitive, déclin lié à l'âge 34
- Fondation Soros 103
- Formation xii, 99-100, 115  
besoins de la recherche 108  
en criminologie 107  
manque de formation adéquate 52  
personnel de santé, général xi, 59, 114
- Formes d'hébergement, communautaires 64
- France 16, 24, 39, 52
- Geel, Belgique 59
- Geneva Initiative on Psychiatry 103
- Génome humain 7
- Gestion coordonnée des soins 97
- Ghana 41
- Gouvernement (*voir aussi* Législation, santé mentale)  
allocation des ressources 95-96  
collaboration intersectorielle 104-106  
fonction d'autorité de tutelle 79, 96-97  
politique, *voir* Politique, santé mentale  
responsabilité 4-5, 79
- Grèce 24, 39, 65, 102
- Greengard, Professeur Paul 7
- Groupes déplacés 43-44, 84-85
- Groupes vulnérables **84-85**
- Guérisseurs traditionnels 52, 58, 94, 97  
besoins de la recherche 108  
réglementation des gouvernements 97
- Guerres 43-44, 104
- Handicap mental, *voir* Retard mental
- Héroïne 32
- Hongrie 39, 105
- Hôpitaux (*voir aussi* Soins en institution)  
général, lits psychiatriques dans les 65, 87, 88
- Hôpitaux psychiatriques (institutions) 4, 90  
dans les pays en développement 52  
erreurs (inconvenients) 49-50  
études sur la qualité de vie 29  
patients sortis des 59  
recommandations xi-xii, 114-115  
violation des droits de l'homme 50, 51  
déplacements en dehors des **49-54, 90, 91**

- Humeur dépressive, 11  
Hypnotiques 30
- Incapacité, charge de l' 25–26, 27, 28  
Incapacité intellectuelle, *voir* Retard mental  
Inde 40, 102  
charge des troubles 24, 36  
politique de santé mentale 81  
prestations de services 90, 92, 93  
soins de santé mentale 51, 53, 59, 65, 66, 71  
suicide 38, 42, 74
- Indicateurs  
de base *Annexe Tableau 1*  
des comptes nationaux *Annexe Tableau 5*  
en santé mentale xiii
- Indicateur de base *Annexe Tableau 1*  
Indicateurs des comptes nationaux de la santé *Annexe Tableau 5*
- Indonésie 42, 71  
Infirmières 100  
en psychiatrie 98, 99  
Infirmières en psychiatrie 98, 99  
Inhibiteurs de l'ACHe 71  
Institutionnalisme 50–51  
Institutions  
enfants élevés dans des 13  
psychiatriques, *voir* Hôpitaux psychiatriques
- Internet 100, 102
- Interventions (*voir aussi* Traitement) **60–65**  
allocation des ressources 95–96  
coût - efficacité 60–61  
efficacité **65–75**  
obstacles à la mise en oeuvre 87  
précoces, nécessité d' **55**  
promotion de la santé mentale 100–101
- Intoxication au plomb 72  
Intoxication par des métaux lourds 72
- Israël 39  
Italie 16, 63, 102  
charge des troubles 24, 39  
réforme de la santé mentale 51, 87, 88, 89
- Jamaïque 41  
Japon 24, 36, 38
- Jeunes (*voir aussi* Adolescents; Enfants)  
dépression 30  
politiques 84  
suicide 38  
troubles mentaux **36**
- Jeunes enfants, relations précoces 12, 100–101
- Kandel, Professeur Eric 7  
Kazakhstan 39  
Kenya 71  
Kirghizistan 41
- Langage, troubles d'acquisition du 36  
Langage, troubles de l'apprentissage du 36  
Législation, santé mentale 81, **87**  
recommandations xii, 115, 118  
Lésions auto-infligées 27, 28, 38  
Lettonie 39  
Liban 81  
Liste des médicaments essentiels xi, 61, 94  
Lits, psychiatriques 64, 88, 89  
Lituanie 39
- Logement **64**, 104, **106**  
Lombalgie, chronique 8  
Luxembourg 39
- Macédoine 39  
Maladie, subventionnement par les riches 80  
Maladie d'Alzheimer **34–35**, 43  
charge mondiale 28  
interventions **71–72**  
Maladie de Parkinson 7  
Maladies infectieuses  
abus de substances et 32, 69  
causant l'épilepsie 34  
comportement sanitaire et 10  
Maladies non transmissibles 10  
Maladies physiques, graves **44**  
Maladies transmissibles, *voir* Maladies infectieuses  
Malaisie 59, 65, 92, 97  
Mali 65  
Malte 39  
Management Sciences for Health 94  
Manie 30  
Manque d'attention/troubles dûs à l'hyperactivité  
(voir aussi troubles hyperkinétiques) 31, 36  
Maroc 92  
«Matrice d'économie mixte» 83  
Médecine du comportement **8–10**  
voie du comportement sanitaire 10  
voie du système physiologique 9  
Médecins généralistes 100  
Médias 16, 59, 75, **101–102**  
Médicaments  
besoin de la recherche 107  
essentiels xi, 61–62, 94  
indicateur annuel du prix des médicaments 94  
taux d'adhésion 9  
Médicaments antidépresseurs 61, 65  
Médicaments antiépileptiques (AEDs) 61, 70–71  
Médicaments antipsychotiques 61, 69–70  
Médicaments anxiolytiques 61  
Médicaments psychostimulants 73  
Médicaments psychotropes **62**  
assurer la disponibilité xi, 62, 93, **94**  
coût - efficacité 62  
différences entre les sexes dans l'utilisation des 42–43  
ratio d'utilisation hommes/femmes 16  
recommandations 114, 118
- Méditerranée orientale  
charge des troubles 26  
politique de santé mentale 81  
prestations de services 88  
soins de santé mentale 52, 53
- Mémoire 7  
Métaux, lourds 72  
Mexique 37, 38, 65  
Migraine 27, 28  
Migration 14  
Mise en place de la recherche 107  
Modèle de soins adaptés aux maladies chroniques 55  
Myanmar 81
- Nations Unies  
Convention des Droits de l'Enfant 84, 86  
Résolution 46/119 de l'Assemblée générale  
(sur la santé mentale) 52, 87

- Népal 81, 92  
 Neurochirurgie 71  
 Neuro-imagerie 5, 8  
 Neurologues 99  
 Neurones 5  
 Neurosciences, avancées en **5–8**  
 Neurotransmetteurs 6  
 Nicaragua 42  
 Nicotine 31  
 Nigeria 16, 24, 81, 90  
 Norvège 16, 39  
 Nouvelle-Zélande 38
- Observance (adhésion) 9, 60  
 facteurs pour améliorer l'observance 61  
 recherches nécessaires 107
- Opiacés 30
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)  
 liste des médicaments essentiels 62, 94  
 outils et méthodes de recherche transculturels 109  
 projet Atlas 79, 80
- Organisations non gouvernementales 59, 89, 102–103, 116
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 53
- Ouganda 83
- Ouzbékistan 41
- Pacifique occidental  
 charge des troubles 26  
 politique de santé mentale 81  
 prestations de services 88  
 soins de santé mentale 55
- Pacte relatif aux droits civils et politiques 86
- Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 86
- Paiements directs 80, 81
- Pakistan 53, 65, 66, 81, 92
- Parents  
 dans le retard mental 72  
 relation de l'enfant avec ses 12, 100–101
- Parties prenantes, dans la formation de la politique 82
- Patients, associations de **56–58**
- Pauvres (*voir aussi* Pauvreté) 40  
 subventionnement par les riches 80–81  
 vues de la maladie 41
- Pauvreté (*voir aussi* Pauvres) 13, **39–41**  
 santé mentale et 13–14  
 s'attaquer à la 104, 105
- Pays à faible revenu (*voir aussi* Pays en développement) 116–117
- Pays arabes 90
- Pays-Bas 16, 40, 103  
 charge des troubles 24, 39  
 soins de santé mentale 64, 66
- Pays développés  
 institutions psychiatriques 50  
 recommandations générales 117–119  
 système de santé 80–81
- Pays en développement  
 besoins de la recherche 108, 109  
 charge des troubles 26  
 épilepsie 34, 71  
 financement du système de santé 80–82  
 inégalités de traitement 3  
 prestations de services 96, 97, 98–100  
 recommandations générales 116–117, 118  
 schizophrénie 33–34, 70  
 soins de santé mentale 52–53, 57, 58, 59  
 troubles liés à l'alcoolisme 32
- Pays industrialisés, *voir* Pays développés
- Pérou 42
- Personnalités asociales 41, 43
- Personnel de santé, général xi, 59, 93, 98, 114
- Personnes âgées 43  
 maladie d'Alzheimer 34–35  
 politiques de santé mentale 84  
 promotion de la santé mentale 100  
 soins aux 72
- Perturbations physiologiques, syndromes comportementaux  
 associés à des 22
- Pistolets, disponibilités des 39, 75
- Politique, santé mentale 4–5, **79–87**  
 absence de 3, 79  
 base d'information pour la 83–84  
 besoins de la recherche 108  
 formulation 82–83  
 groupes à risque 84–85  
 obstacles 87  
 questions des droits de l'homme 86  
 recommandations xii, 115, 118
- Population  
 interventions axées sur certains groupes 100  
 vieillissante 72
- Population indigènes, abus d'alcool 32
- Portugal 39
- Prescriptions, *voir* Médicaments
- Preuves, niveau de 113
- Pharmacothérapie (*voir aussi* Médicaments psychotropes) **55**
- Phénobarbital 71
- Phénylcétonurie 72
- Phénytoïne 71
- Philippines 42, 53, 92
- Plasticité synaptique 7, 12
- «Préallocation» 94
- Pré-paiement 80, 81
- Prestataires, service 96–98
- Prévalence  
 période 23  
 ponctuelle 23  
 troubles mentaux et du comportement **23–24**
- Prévention 65  
 besoin de la recherche 107–108  
 dépendance alcoolique 67  
 primaire 65  
 secondaire 65  
 suicide 74, **75**, 106  
 tertiaire 65
- Prisonniers 106  
 politiques 103
- Prix Nobel de physiologie ou de médecine (2000) 7
- Professionnels de santé 98–100  
 dans les pays en développement 52, 98  
 Professionnels, *voir* Spécialistes en santé mentale  
 redéfinition des rôles 99  
 soutien de la famille 103
- Professionnels de santé auxiliaires 100
- Professionnels spécialistes en santé mentale 56, 93, 98  
 recommandations xii–xiii, 115
- Programmes, santé mentale xii, 115, 118
- Programme STEEP des États-Unis d'Amérique  
 (Steps Towards Effective Enjoyable Parenting) 100
- Projet Atlas de l'OMS 79, 80
- Psychiatres 98



- Psychiatrie  
 formation médicale 100  
 répression politique 103
- Psychopharmacologie 49
- Psychothérapie **62-63**  
 dans la dépendance à l'alcool 67-68  
 pour la dépression 65
- Publicité 16, 101
- Qualité de la vie (QDV) 29
- Racisme 15
- Réadaptation 65  
 programmes de 56  
 réinsertion professionnelle **63-64**, 72-73
- Réadaptation psychosociale **63**, 65  
 dans la maladie d'Alzheimer 71  
 dans la schizophrénie 70  
 liens intersectoriels 95
- Recherche **107-109**  
 dans les pays en développement 108  
 économique 108  
 épidémiologique 107  
 politique et service 108  
 recommandations xiii, 116, 118  
 résultats du traitement, de la prévention et de  
 la promotion 107-108  
 transculturelle 108-109
- Recherche épidémiologique 107
- Recherche sur la diffusion 107
- Recherche sur l'efficacité potentielle 107-108
- Recherche sur l'efficacité réelle 107-108
- Recherches transculturelles 108-109
- Recours à la contrainte 50, 51
- Réformateurs en psychiatrie 103
- Réfugiés 43-44, 84-85
- Réinsertion professionnelle **63-64**, 73
- République de Moldavie 39
- République islamique d'Iran 38, 53, 59, 65, 93
- République tchèque 39
- République-Unie de Tanzanie 92, 94
- Réseau des réformateurs 103
- Ressources, santé mentale  
 «préallocation» 94  
 allocation 95-96  
 fondées sur les ressources disponibles **114-117**  
 inadaptées 113  
 Projet Atlas de l'OMS 79, 80
- Ressources humaines (*voir aussi* Professionnels de santé) **98-100**  
 recommandations xii-xiii, 115, 118
- Restructuration économique 81, 105
- Résultats scolaires, faibles 13-14, 40
- Retard mental 22, **35**, 51  
 interventions **72**  
 soins 57
- Rhume, commun 9
- Roumanie 39, 103
- Royal College of Psychiatrists de Grande-Bretagne 101
- Royaume-Uni (UK) 16, 24, 39, 59, 66, 101
- Samoa occidentales 74
- Sans-abri 13-14, 39
- Santé  
 charge des troubles de santé mentale 25-26  
 définition de l'OMS 3-4, 49  
 indicateurs des comptes nationaux *Annexe Tableau 5*  
 mentale, *voir* Santé mentale  
 physique, lien avec la santé mentale 7-10
- Santé comportementale 8, 9-10
- Santé mentale 3-17  
 approche de santé publique 16-17  
 compréhension de la **5-10**  
 définition 5  
 importance pour la santé 3-4  
 lien pour la santé physique 8-10  
 politique de, *voir* Politique, santé mentale  
 programmes xii, 115, 118  
 promotion de la **100-103**  
 recommandations xi-xiii, **114-119**
- Santé physique, lien avec la santé mentale 8-10
- Scénarios, action xiii, 116-119
- Schizophrénie 22, **33-34**  
 charge mondiale 27, 28  
 comorbidité 37  
 différence entre les sexes 42  
 facteurs biologiques 12  
 facteurs environnementaux 45  
 facteurs familiaux 45  
 intervention précoce 55  
 interventions **69-70**  
 non à la stigmatisation 102  
 soins 57, 58, 88  
 suicide 34, 39  
 tabagisme et 31
- Secteur privé  
 besoins de la recherche 108  
 réglementation de l'Etat 96-98
- Secteurs  
 lien entre les, *voir* Collaboration intersectorielle  
 soins de santé mentale 52
- Sédatifs 30
- Sénégal 53, 65, 92
- Sensibilisation de la population 59, **101**  
 recommandations xii, 115, 118
- Service communautaire  
 dans la dépendance alcoolique 67  
 concept 50  
 problèmes opérationnels 51  
 principes généraux 54  
 développement des 90, **91-92**  
 recommandations xi-xii, 114-115, 118  
 mutation vers **49-54**, 88, 89, 90-91
- Services, santé mentale (*voir aussi* Soins communautaires;  
 Soins de santé mentale; Hopitaux psychiatriques) **87-100**  
 barrières à l'accès aux 15, 87  
 besoin de la recherche 108  
 choix des stratégies 95-96  
 déséquilibres villes/campagnes 90  
 financement **80-82**  
 gamme étendue **56**  
 intégration dans les services généraux **92-94**  
 prestations de services : public contre privé 96-97  
 réformes 83, 87  
 utilisation 53, 54
- Services d'aide sociale 104, **106**
- Services sociaux 106
- SIDA, *voir* VIH/SIDA
- Slovaquie 39, 103
- Slovénie 39
- Sneha 74

- Société pansoviétique de Psychiatres et Neuropathologistes (AUSPN) 103
- Soins, santé mentale, *voir* Santé mentale, soins
- Soins en institutions (*voir aussi* Hôpitaux)
- besoin de 64
  - dans la dépendance alcoolique 67–68
  - dans la schizophrénie 70
- Soins de santé (*voir aussi* Soins communautaires ; Services, santé mentale) **49–73**
- besoins 60
  - continuité 55–56
  - efficacité 65–75
  - ingrédients 60–65
  - principes 54–60
  - résolution des problèmes de santé mentale 49–54
  - réticence 53, 54
- Soins de santé primaires
- agents de, formation 59
  - dans la dépendance alcoolique 67
  - dans la pharmacodépendance 68
  - disponibilité des psychotropes 94
  - intégration de la santé mentale dans les **59–60**, 92–93
  - prévalence des troubles 23–24
  - recommandations xi, 114, 118
  - services 54
- Soignants, famille 43, 58–59
- Soudan 53, 81, 92
- Souris comme modèle, génétique 7
- Soutien par la méthadone 69
- Sri Lanka 38, 65, 66, 100
- Statut socioéconomiques 40
- Stigmatisation 17, 53, 87
- lutte contre la 101, 102
- Stress (*voir aussi* Troubles liés aux stress post-traumatiques) 44–45
- de la pauvreté 41
  - exposition au stress pendant les premiers stades du développement 11
  - santé comportementale et 10
  - santé physique et 9
- Style de vie, observance des conseils sur le 9
- Suède 16, 66, 74
- Substances toxiques 74
- Subventions 80–81
- Suicide **37–39**
- dépression et 30, 39
  - disponibilité des moyens 39, 74–75
  - et schizophrénie 34, 39
  - facteurs environnementaux 45
  - facteurs sociaux 14
  - politiques 85
  - prévention **74–75**, 106
  - taux, tendances 37–38
  - tentative de 38
  - violence domestique et 42
- Suisse 16, 36, 38
- Synapses 6
- Syndrome de Down 72
- Systèmes de notification xiii, 83–84, 116, 118
- Systèmes de santé **80–82**
- obstacles 87
  - réforme 83, 87
- Systèmes d'information xiii, **83–84**, 116, 118
- Système judiciaire **103–106**
- Tabagisme 31, 32
- conseils pour arrêter le 68
  - facteurs sociaux 16
  - troubles mentaux et 31
- Technique de relaxation 62
- Techniques de conseil 62
- lors de dépression 66
  - lors de la dépendance à l'alcool 67
  - lors de la dépendance aux médicaments 68
- Technologie de l'information 100, 102
- Télé médecine 16
- Thaïlande 41, 42, 105
- Thérapie cognitive 63, 66
- Thérapie comportementale 13, 62, 66
- dans le désordre obsessionnel-compulsif 11
  - pharmacodépendance 68
- Thérapie de groupe, soutien 8
- Thérapie de modification du comportement 72
- Thérapie de soutien 8, 62
- Thérapie cognitivo-comportementale 63, 66
- Traitement (*voir aussi* Interventions) **60–65**
- « inégalités de » 3
  - besoins de la recherche 107–108
  - définition 65
  - observance, *voir* Observance
  - recommandations 114–115
- Traitement ambulatoire, dans la dépendance alcoolique 67–68
- Tranquillisants 61
- Transferts 93
- Travail **104**, 105
- coopératives 63
- Travailleurs sociaux 100
- Tremblement de terre 44
- Trouble affectif bipolaire 30
- charge mondiale 27, 28
  - différences entre les sexes 42
- Troubles de l'humeur (*voir aussi* Trouble affectif bipolaire ; dépression) 22
- Troubles de l'humeur affectifs (*voir aussi* Trouble affectif bipolaire ; Dépression) 22
- Troubles de la personnalité 22
- Troubles délirants 22
- Troubles des conduites 36
- Troubles du comportement
- charge mondiale 3, 25–26, 27, 28
  - chez l'adulte 22
  - comprendre les **10–17**
  - courants **29–36**
  - dans l'enfance 22, 36, 72–75
  - définition **21**
  - déterminants 4, **39–45**
  - diagnostic **21–22**
  - impact **24–29**
- Troubles émotionnels, enfance 22, 36
- Troubles envahissants du développement 36
- Troubles hyperkinétiques 36, **73–74**
- Troubles liés à l'utilisation de substances
- (*voir aussi* Troubles liés à l'alcool, Utilisation de substance, nocives, tabagisme) 12, 26, **30–33**
  - comorbidité 37
  - dans les soins de santé primaires 23–24
  - différence entre les sexes 41, 43
  - politiques 82, 86
  - suicide et 39

- Troubles liés à l'utilisation de substances
  - (y compris dépendance) 30–32
  - charge mondiale 27, 28, 32
  - comorbidité 31, 37
  - déterminants 16, 41
  - interventions **67–68**
  - politiques de lutte contre les 82, 85
  - prestations de service 91–93
  - soins 55, 56, 57
  - suicide et 38, 74
- Troubles liés au stress 22
- Troubles liés au stress post-traumatique (PTSD) 28, 43–44
- Troubles mentaux
  - changer de perception 49, 50
  - charge mondiale 3, 25–26, 27, 28
  - communs **29–36**
  - comorbidité **37**
  - comportement sanitaire et 10
  - compréhension des **10–16**
  - déterminants 4, **39–45**
  - diagnostic **21–22**
  - identification **21**
  - impact **24–29**
  - interventions axées sur les 100–101
  - prévalence **23–24**
  - solutions efficaces **113–114**
- Troubles mentaux organiques 22
- Troubles mentaux symptomatiques 22
- Troubles neurologiques 29
- Troubles neuropsychiatriques 22
  - charge de la santé 25–26, 27, 28
  - prévalence 23
- Troubles névrotiques 22
- Troubles obsessionnels compulsifs 11, 28
- Troubles paniques
  - charge mondiale 27, 28
  - qualité de la vie et 29
- Troubles schizotypiques 22
- Troubles somatoformes 22, 42
- Tunisie 65
- Turquie 24, 90
- Tutelle 79, 96–98
- Ukraine 103
- UNICEF 94
- Union soviétique (URSS), ex 81, 90, 103
- URSS (Union soviétique), ex 81, 90, 103
- Utilisateurs de drogues injectées 32, 68
- Utilisation de substances, nocives 30, 32–33
  - apprentissage 9–10
  - charge mondiale 27, 28, 32
  - interventions **68–69**
  - pauvreté et 41
  - politiques 82, 85
- Vieillesse, population 72
- Viet Nam 41, 97
- VIH/SIDA 44
  - médecine comportementale 8, 9
  - chez les utilisateurs de substances 32
  - pauvreté et 41
  - prévention de l'expansion 69
- Villages agricoles de réadaptation 95
- Villages, agricoles de rééducation psychiatrique 94
- Viol 42
- Violence 15, 25
- Violence domestique 15, 42
- Violence sexuelle 15, 42
- World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders* 58
- Zambie 41
- Zimbabwe 40, 92, 95
- Zones rurales 14, 90
- Zones urbaines 13, 90