



LA SANTÉ MENTALE EN SOINS PRIMAIRES :
AMÉLIORER LE TRAITEMENT ET PROMOUVOIR
LA SANTÉ MENTALE



*La Journée mondiale de la santé mentale est une marque de service déposée
de la Fédération mondiale pour la santé mentale*



SOMMAIRE

Introduction

1ère section	3
Soins de santé primaires et santé mentale	3
Aide-mémoire – Unir le corps et l’esprit : guide sur l’intégration des soins de santé	5
Aide-mémoire – Sept bonnes raisons d’intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires	7
2ème section	8
Services de soins primaires et de santé mentale dans la pratique	8
Détection des troubles mentaux en soins primaires	8
Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires – Santé mentale en soins primaires dans la pratique	9
Integrated Behavioral Health Project – Niveaux de soins intégrés en santé mentale	13
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale – Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration	14
Hogg Foundation for Mental Health – Soins de santé intégrés	17
Aide-mémoire – 10 principes sous-tendant l’intégration	20
Aide-mémoire – Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale	22
3ème section	24
Avantages de l’intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires et obstacles à cette intégration	24
Formation psychiatrique du médecin de première ligne en hôpital général	24
Avantages de l’intégration au Moyen-Orient et obstacles à cette intégration	26
Services de santé mentale pour les enfants : défis et opportunités au Moyen-Orient	28
Avantages de l’intégration et obstacles à l’intégration dans le Pacifique occidental	30
4ème section	34
Appel à l’action : Le rôle du plaidoyer dans l’intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. Gabriel Ivbijaro, Wonca	34
Réflexion : Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires - Réassignation des tâches en vue d’une amélioration des services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux. Professeur Vikram Patel	36
5ème section	38
Exemple de proclamation pour la Journée mondiale de la santé mentale	39
Communiqué de presse à publier à l’occasion de la signature de la proclamation	40
Communiqué de presse d’ordre général	41
Exemple d’article/de lettre à l’éditeur	43
Document intitulé « Marche pour la santé mentale »	45



INTRODUCTION

Partout dans le monde, les troubles mentaux demeurent un problème de santé grave et coûteux qui touche des personnes de tous âges et de tous horizons. Quatrième cause d'incapacité (en années de vie ajustées sur l'incapacité - DALY) au monde, la dépression majeure devrait prochainement passer au rang de deuxième cause. On estime qu'à l'échelle mondiale, moins de la moitié des quelque 450 millions de personnes qui souffrent d'un trouble mental reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Dans de nombreux pays à faible revenu, on compte un ou deux psychiatres seulement pour la totalité de la population. De nombreux pays développés ont progressivement opéré une séparation entre les services de santé mentale et les systèmes de soins de santé primaires, en accordant moins d'attention à la santé et aux maladies mentales, en réduisant les fonds, les options et les services disponibles dans ce domaine et en dissociant, partiellement ou totalement, la santé mentale des besoins globaux d'une personne en matière de santé.

Aux États-Unis, la Hogg Foundation for Mental Health dénote que « *...l'état mental et l'état de santé sont indissociables. Par conséquent, pour améliorer les soins prodigués aux personnes présentant des troubles mentaux, on doit s'intéresser plus particulièrement aux relations entre la santé mentale et les soins médicaux généraux* ».

Les soins intégrés et les soins en collaboration sont des thèmes qui figurent depuis de nombreuses années dans le discours des responsables politiques et des prestataires de santé. Des recherches considérables ont été réalisées ; des programmes pilotes ont été mis en œuvre. De nombreuses publications, du rapport décisif du Chef du Service Fédéral de la Santé Publique sur la santé mentale paru en 2001 au rapport récemment publié par l'Organisation Mondiale de la Santé et la World Organization of Family Doctors (Wonca), préconisent une approche holistique en santé mentale, comme en santé physique.

Il est maintenant temps d'évaluer les obstacles qui continuent à entraver l'intégration des soins de santé et la disponibilité des services, d'en discuter et d'y faire face, ainsi que de mieux définir et préconiser un système capable de s'adapter au système de santé de tous les pays. L'objectif d'un plaidoyer citoyen efficace doit être la mise en place d'un système de santé approprié, abordable et accessible qui, par ailleurs, réunit tous les éléments nécessaires à la promotion d'une approche collective intégrée en matière de bien-être pour tous. Les progrès réalisés au cours de ces 50 dernières années dans la recherche et dans la pratique ont confirmé qu'« il n'y a pas de santé sans santé mentale ». La Fédération mondiale pour la santé mentale (WFMH) estime que les gouvernements et les systèmes de santé doivent désormais donner la plus haute priorité à la création d'une approche intégrée en matière de soins de santé, afin d'améliorer le bien-être en incorporant tous les aspects relatifs aux maladies et au bien-être dans un système de traitement unique.

L'objectif de la campagne mondiale de sensibilisation qui sera organisée dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 est de rappeler au monde qu'il est crucial d'accorder une plus grande importance à la santé mentale. Imaginez un système de soins qui serait en mesure de traiter toute affection que vous pourriez présenter, un système dans lequel tous les médecins et les spécialistes travailleraient au coude à coude pour vous prodiguer les meilleurs soins possibles axés sur le patient. Comment pouvons-nous être axés sur le patient si nous ne joignons pas nos efforts pour traiter tous les aspects liés à la santé et au bien-être ? Les centaines d'événements et d'actions de défense, de sensibilisation et d'éducation qui auront lieu et seront organisés le 10 octobre prochain dans le monde entier par les organisations de santé mentale œuvrant sur le terrain peuvent indiscutablement porter ces questions à l'attention du public et, nous l'espérons, contribueront à renouveler l'énergie et les efforts consacrés à l'amélioration du traitement et des services offerts à ceux qui souffrent de troubles mentaux et subissent les conséquences physiques dont ceux-ci s'accompagnent.

Nous vous sommes reconnaissants du soutien continu que vous apportez à la Journée mondiale de la santé mentale et de vos efforts pour défendre le droit à une meilleure santé mentale dans votre communauté.

Au nom du Conseil et du personnel de la WFMH, merci !

L. Patt Franciosi, PhD

Présidente, Journée mondiale de la santé mentale

Professeur John Copeland

Président, Fédération mondiale pour la santé mentale

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET SANTÉ MENTALE

En 1948, l'OMS a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En quoi le sujet de la « Santé mentale en soins primaires » est-il d'une importance suffisante pour justifier sa sélection en tant que thème de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 ? Comment le plaider en faveur de l'intégration de la santé mentale améliore-t-il la probabilité d'obtenir un meilleur niveau de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies mentales et des problèmes de santé mentale, et comment une telle intégration pourrait-elle contribuer à l'amélioration du bien-être mental et émotionnel des populations de par le monde au cours de ces 20 prochaines années ?


Dans son message d'inauguration de la Journée mondiale de la santé 2008 de l'OMS, « *Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais* », Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé, a déclaré que *l'attention que l'OMS porte aux soins de santé primaires ne cesse de croître et qu'au-delà de sa propre conviction, il s'agit de répondre à la demande générale et croissante de soins de santé de la part des États membres. Dr Chan a fait remarquer que « Cette demande suscite à son tour parmi les décideurs politiques un désir croissant de connaissances relatives à la manière dont les systèmes de santé peuvent devenir plus équitables, plus ouverts à tous et plus justes. Il s'agit aussi, plus fondamentalement, de se mettre à réfléchir de manière plus approfondie à la performance du système de santé dans son ensemble ».* (OMS Rapport sur la santé dans le monde 2008, Introduction et résumé, p. 2)

L'idée que les systèmes de santé puissent devenir « plus équitables, plus ouverts à tous et plus justes » est en soi un argument solide en faveur de l'inclusion des besoins des personnes souffrant de problèmes et de troubles de santé mentale dans le débat sur l'amélioration des soins de santé primaires intégrés. Pendant des siècles, le traitement en santé mentale, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles n'ont pas bénéficié du niveau d'attention qui leur était dû de la part des gouvernements, de la profession médicale et du public en général.

Pendant des siècles, les maladies de l'esprit ont été considérées comme un mal social totalement indépendant de la santé physique. Aujourd'hui, cependant, la plupart s'accorde sur le fait que les troubles mentaux ne surviennent pas seuls. En effet, ils sont souvent liés ou associés à d'autres problèmes médicaux, tels que les maladies cardiaques, le diabète, le cancer et les troubles neurologiques, et se produisent en réponse à de nombreuses situations de vie. Les problèmes d'ordre médical et personnel d'une personne n'affectent pas seulement une partie de son corps, mais bien le corps dans son ensemble, chaque partie ayant une incidence sur les autres. Il semble évident qu'en choisissant une approche holistique et intégrée pour traiter les problèmes de santé d'une personne, on obtient un meilleur résultat et de meilleures perspectives en termes de rétablissement et de productivité.

Les soins primaires peuvent être décrits comme la relation à long terme qui lie une personne à son médecin. Le généraliste prodigue des soins à cette personne en réponse à la plupart de ses besoins de santé et coordonne les services de santé supplémentaires auxquels il doit faire appel pour les situations qui ne relèvent pas de son domaine d'expertise. En 1996, le United States Institute of Medicine a défini les soins primaires dans les termes suivants : « Les soins primaires consistent en la fourniture, par des médecins, de services de soins de santé intégrés et accessibles, ces médecins étant chargés de répondre à la majorité des besoins de santé personnels en développant un partenariat durable avec les patients et en pratiquant la médecine dans un contexte familial et communautaire ». La définition suivante, elle, date des années 60 : les soins primaires peuvent également être envisagés comme un niveau de soins au sein du système de santé dans son ensemble et doivent être distingués des soins secondaires (soins prodigués par des spécialistes de proximité et des hôpitaux communautaires locaux) et des soins tertiaires (soins prodigués par des spécialistes dans des centres de santé régionaux ou universitaires). Dans les pays non industrialisés dont les ressources de santé sont limitées, les soins primaires peuvent être dispensés par des agents de santé de village, des aides-infirmières, des promotoras (paraprofessionnelles), des consultants en santé locaux, des médecins aux pieds nus, etc. ([www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_\(NCPC\)/What_is_Primary_Care.htm](http://www.msm.edu/Centers_and_Institutes/National_Center_for_Primary_Care_(NCPC)/What_is_Primary_Care.htm))

La santé mentale est habituellement considérée comme un domaine distinct ou comme une spécialité parallèle au système de santé général. Elle consiste à traiter les troubles de l'esprit. Les troubles neurologiques d'origine cérébrale étaient autrefois considérés comme un problème à part ne nécessitant aucune surveillance physique. Toutefois, au cours de ces dernières années, la reconnaissance du lien très important entre une bonne santé mentale et un bon état de santé s'est généralisée. Les troubles mentaux peuvent avoir un effet sur la



santé physique, et de nombreuses affections physiques peuvent entraîner des problèmes de santé mentale supplémentaires. De plus, il a été démontré que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante avaient un risque deux fois plus élevé de présenter plusieurs problèmes de santé physique. Pourtant et en dépit de la reconnaissance du lien indéniable entre le corps et l'esprit et de la comorbidité significative des troubles physiques et mentaux, aujourd'hui encore le milieu médical n'accorde pas une attention suffisante aux systèmes qui, selon Dr Chan, permettraient « d'identifier les voies que les systèmes de santé doivent suivre pour combler le fossé intolérable qui sépare les aspirations de la réalité » (Rapport sur la santé dans le monde 2008, p.3).

Afin d'améliorer le diagnostic, le traitement et le résultat, les prestataires de santé se doivent d'explorer de nouvelles avenues pour développer des partenariats visant à une pratique médicale plus efficace et plus collaborative axée sur les patients et sur le traitement du corps comme un tout. Il est primordial que la santé mentale et les troubles mentaux soient inclus dans les plans et politiques de promotion du concept « Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais » si l'on veut que le mouvement de réforme tant attendu soit en mesure d'atteindre son objectif d'amélioration de la santé pour tous les citoyens du monde et de créer et maintenir un système de prestation de soins de santé véritablement intégré et exhaustif.

Le thème de la campagne de sensibilisation internationale organisée dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale 2009, à savoir « **La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale** », a été choisi afin de répondre à la nécessité continue de « faire de la santé mentale une priorité dans le monde » et met en évidence le fait trop souvent négligé que la santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être d'ensemble de chaque personne. Ce thème vise à attirer l'attention du monde entier sur le nombre croissant d'informations et de connaissances consacrées à l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. Ceci témoigne d'une tendance significative de transfert du diagnostic, du traitement et des soins en santé mentale du système traditionnel séparé, mais inadapté, de prestation de services de santé mentale vers le système de santé général.

L'engagement des « usagers » des services de santé mentale, de leurs familles qui, pour la plus grande part, assument seules la responsabilité d'assistance aux personnes atteintes d'une maladie mentale, et des défenseurs de la santé mentale, qui tentent d'influencer les politiques en la matière, est crucial en ces temps de changement, de réforme et de pénurie de ressources. La campagne organisée dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 aura pour principal objectif d'informer les acteurs de la santé mentale œuvrant sur le terrain et de leur donner les moyens de promouvoir l'intégration de la santé mentale et des maladies mentales à la planification des services de santé correspondants. L'une des préoccupations principales, devant absolument être abordée dans le plaidoyer, est le risque que l'adéquation et l'efficacité du diagnostic, du traitement et du rétablissement des personnes souffrant de maladies mentales ne soient pas traitées avec le même degré de priorité dans le système de santé général et dans le système de soins primaires. Il incombe au mouvement international de défense de la santé mentale de faire en sorte que ce risque ne devienne pas le résultat involontaire de la réforme de la santé.

La Journée mondiale de la santé mentale 2009 souligne les opportunités et les défis que l'intégration des services de santé mentale aux systèmes de prestation de soins primaires présentera pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou en mauvaise santé mentale, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour les professionnels de la santé. À l'instar des années précédentes, la campagne se concentrera sur le rôle crucial que les organisations de défense de la santé mentale, de patients/usagers et de familles/aidants ont à jouer dans le façonnement de ce mouvement majeur de réforme de la santé générale et de la santé mentale. Leur engagement pour une défense proactive, informée et soutenue est nécessaire afin d'assurer que le mouvement vers l'intégration permettra d'améliorer, sans disparité géographique, l'accès à des services adaptés, abordables et de qualité pour les personnes souffrant de maladies mentales et de troubles émotionnels.

Dans le monde entier, les défenseurs, les familles, les professionnels et les responsables politiques œuvrant dans le secteur de la santé mentale ne doivent pas oublier que le mouvement actuel visant à améliorer la façon dont les services de santé mentale sont dispensés n'est pas le premier effort réformateur de ce type. Les enseignements tirés du passé nous ont appris que la poursuite de l'égalité dans la façon dont sont abordés les services de santé mentale de par le monde n'est pas une lutte facile. L'intégration efficace de la santé mentale aux soins de santé primaires à un niveau de priorité adapté au vu de la charge documentée que représente la prise en charge des maladies mentales, est une entreprise de taille dans un contexte international de crise économique et d'adversité sociale. Il va sans dire qu'il est largement temps que le monde écoute et agisse pour améliorer les services de santé mentale et en faciliter l'accès pour ceux qui souffrent de graves problèmes de santé mentale ou de troubles tels que la schizophrénie, les troubles de l'anxiété, les troubles bipolaires et la dépression.

Unir le corps et l'esprit : Guide sur les soins de santé intégrés au Texas et aux États-Unis

Hogg Foundation for Mental Health (2008, Déc.) pages 5, 11, 13, 20, 23 et 31

Points clés

- Les populations malades présentent un risque accru de problèmes de santé mentale, de même que les personnes souffrant de troubles mentaux ont un risque plus élevé de comorbidités médicales. L'absence de traitement des comorbidités médicales ou psychiatriques réduit les chances de guérir et de recouvrer un état de santé général satisfaisant pour les personnes affectées.
- Le dépistage des troubles mentaux en soins primaires ou des problèmes médicaux en santé mentale est essentiel pour l'identification des préoccupations de santé, mais insuffisant à lui seul pour améliorer le résultat clinique des personnes avec comorbidités.
- De nombreux prestataires de soins primaires doivent être formés à l'identification et au traitement des troubles mentaux, mais cette formation est d'autant plus efficace qu'elle est dispensée par l'intermédiaire d'une communication et d'une collaboration continues avec les prestataires de services de santé mentale.
- Bien qu'il existe plusieurs modèles de soins intégrés, l'impact des plus efficaces d'entre eux sur le système de traitement est à la fois complet et varié.
- En termes de coûts, l'avantage du traitement de la dépression, et probablement d'autres troubles mentaux courants, par des soins intégrés est comparable à celui de la prise en charge d'autres pathologies chroniques.
- Le succès des efforts d'intégration passe par un leadership dynamique et engagé.
- Le nombre de ressources développées, telles que les manuels cliniques et de mise en œuvre, les outils de dépistage et d'évaluation, les registres de patients et les programmes de formation, ne cesse de croître. Ces ressources permettront d'améliorer considérablement la capacité d'un système de santé ou de santé mentale à obtenir les résultats mis en évidence dans les études de recherche.
- Des mesures financières incitatives doivent encourager les modèles de soins intégrés fondés sur des bases factuelles, plutôt que les orientations vers des spécialistes avec un suivi limité, voire inexistant.
- Les systèmes de mesure des résultats ou de la performance qui se concentrent sur la santé holistique des usagers/patients contribueront à encourager la collaboration au sein des systèmes de soins primaires et de santé mentale.
- En tant qu'outil, la technologie a un rôle important à jouer dans l'intégration des soins, y compris dans l'identification et le dépistage des patients, le suivi des progrès des patients, l'encouragement au respect des protocoles cliniques, la communication entre prestataires et l'évaluation de l'impact des programmes intégrés.

Enseignements

Pourquoi intégrer la santé mentale aux soins primaires ?

- En cas de problème de santé mentale, la plupart des gens s'adressent en premier lieu aux établissements de soins primaires.
- Dans un contexte de soins primaires, les problèmes de santé mentale passent souvent inaperçus et ne sont pas traités.
- La prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevée chez les personnes atteintes de troubles médicaux courants tels que le diabète.
- Les personnes atteintes d'une maladie chronique ont un résultat clinique et psychiatrique moins bon lorsque leurs troubles psychiatriques sont ignorés.
- Les personnes de couleur, les enfants et les adolescents, les adultes d'un certain âge, et les patients non assurés ou à faible revenu vus dans le secteur public ont particulièrement peu de chances de recevoir des soins adaptés en cas de troubles psychiatriques.
- Le traitement des problèmes de santé mentale dans un contexte de soins primaires constitue une opportunité unique, celle d'intervenir à un stade précoce et de prévenir l'apparition de troubles plus invalidants, mais aussi d'entrer en contact avec les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas accéder à des spécialistes de santé mentale.



Pourquoi intégrer les soins physiques à la santé mentale ?

- Les adultes traités en santé mentale présentent souvent des affections physiques courantes, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'hypertension.
- Bien que la plupart des gens vus en santé mentale souffrent d'une affection médicale, plus de la moitié de ces affections ne sont pas détectées.
- L'accessibilité des soins primaires est d'ordinaire moins bonne pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave que pour la population générale.
- En moyenne, les personnes atteintes d'un trouble mental grave meurent des suites d'une maladie 25 ans plus tôt que le reste de la population.
- Les centres communautaires de santé mentale reconnaissent l'importance des soins médicaux pour leurs usagers, mais disposent souvent de moyens limités pour les dispenser.

Comment peut-on améliorer le traitement des troubles mentaux dans un contexte de soins primaires ?

- Le dépistage des troubles psychiatriques permet d'améliorer le résultat d'un patient uniquement s'il donne lieu à des soins adaptés.
- Sans assistance supplémentaire, l'éducation des médecins se traduit par des changements minimums ou peu durables dans les pratiques des prestataires et le résultat des patients.
- Il est possible que l'on puisse améliorer le suivi et le résultat en offrant une assistance supplémentaire lors de l'orientation des patients vers des spécialistes de santé mentale ; mais de plus amples recherches sont requises dans ce domaine.
- L'introduction d'un spécialiste en santé mentale dans un cabinet médical de première ligne a peu de chances d'améliorer le résultat des patients, à moins que les soins qu'ils reçoivent ne soient coordonnés et basés sur des approches fondées sur des bases factuelles.
- Les recherches montrent que les soins en collaboration constituent une approche efficace et qu'ils améliorent le résultat pour une large variété de patients souffrant de troubles psychiatriques et traités en soins primaires.
- Le modèle de santé mentale en soins primaires est probablement bénéfique, mais n'a pas été systématiquement évalué.

Comment peut-on améliorer les soins physiques dans un contexte de santé mentale ?

- Le dépistage des affections physiques est probablement nécessaire, mais insuffisant s'il n'est pas suivi par la fourniture de soins de santé de qualité.
- Les programmes de promotion de la santé sont prometteurs en termes de réduction des taux de maladies physiques chroniques chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave.
- Il n'existe pas de données indiquant que la formation des psychiatres aux soins primaires permet d'améliorer la santé physique de leurs patients.
- Il est possible que la présence de prestataires de soins primaires dans les établissements de santé mentale puisse améliorer le résultat des patients en termes de santé physique.
- Il est possible que l'on puisse améliorer le suivi et le résultat en offrant une assistance supplémentaire en cas d'orientations ; mais de plus amples recherches sont requises dans ce domaine.

Quels sont les obstacles à l'intégration des soins ?

- Les obstacles d'ordre clinique comprennent les différences de culture entre soins primaires et santé mentale, le manque de formation des prestataires, ainsi que le manque d'intérêt des prestataires et la stigmatisation.
- Les obstacles liés à l'organisation comprennent les difficultés de communication et de consultation entre les prestataires du secteur de la santé mentale et ceux du secteur de la santé physique, la séparation physique entre les différents types de prestataires, et la concentration des soins primaires sur le traitement des problèmes aigus.
- Les obstacles d'ordre politique comprennent les barrières réglementaires qui empêchent le partage des informations entre les différents prestataires et les lois qui limitent le type de services que les organisations ont le droit d'offrir.
- Les barrières d'ordre financier sont complexes et comprennent les questions relatives à l'alignement des mesures incitatives.

Nous vous recommandons vivement de lire la version intégrale de ce document et toutes les informations précieuses qu'il contient. Vous le trouverez à l'adresse suivante : http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf

SEPT BONNES RAISONS D'INTÉGRER LA SANTÉ MENTALE AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale. OMS/Wonca, 2008, pages 21-46.

- 1. La charge que représentent les troubles mentaux est énorme.** Les troubles mentaux sont courants dans toutes les sociétés. Ils sont à l'origine d'une charge personnelle considérable pour les personnes concernées et leurs familles et créent des difficultés économiques et sociales significatives, qui affectent la société dans son ensemble.
- 2. Les problèmes de santé mentale et de santé physique sont indissociables.** La plupart des malades souffrent à la fois d'un problème physique et d'un problème mental. Les services de soins primaires intégrés permettent d'assurer que les malades sont traités selon une approche holistique, en répondant aux besoins de santé mentale des personnes présentant des troubles physiques et aux besoins de santé physique des personnes présentant des troubles mentaux.
- 3. En matière de traitement des troubles mentaux, les lacunes sont énormes.** Dans tous les pays, on observe un écart considérable entre la prévalence des troubles mentaux d'une part, et le nombre de personnes soignées et sous traitement d'autre part. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires permet de combler cet écart.
- 4. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires permet d'améliorer l'accessibilité.** Lorsque la santé mentale est intégrée aux soins primaires, les usagers peuvent accéder à des services de santé mentale plus proches de leur domicile, leur permettant ainsi de rester avec leur famille et de poursuivre leurs activités quotidiennes. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires permet également de faciliter la prise de contact et la promotion de la santé mentale dans la communauté, ainsi que la surveillance et la prise en charge à long terme des personnes affectées.
- 5. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires favorise le respect des droits humains.** Lorsqu'ils sont dispensés en soins primaires, les services de santé mentale minimisent la stigmatisation et la discrimination. Ils éliminent également le risque de violation des droits humains qui peut exister dans les hôpitaux psychiatriques.
- 6. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires est économique et d'un bon rapport coût/efficacité.** La prise en charge de la santé mentale dans les services de soins primaires est moins coûteuse que dans les hôpitaux psychiatriques, à la fois pour les patients, les communautés et les gouvernements. Par ailleurs, les patients et leurs familles n'ont pas à supporter les coûts indirects associés aux soins spécialisés souvent dispensés loin de leur domicile. Le rapport coût/efficacité du traitement des troubles mentaux courants est très favorable, et les sommes investies par les gouvernements peuvent donner lieu à des avantages considérables.
- 7. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires favorise un bon état de santé.** Pour la majorité des personnes souffrant de troubles mentaux, le traitement en soins primaires donne un bon résultat, particulièrement lorsqu'elles sont en contact avec un réseau de services communautaires et de 2e ligne.

Pour consulter cette section dans son intégralité, rendez-vous sur :

<http://www.globalfamilydoctor.com/index.asp?PageID=9063&ContType=IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare>

SERVICES DE SOINS PRIMAIRES ET DE SANTÉ MENTALE DANS LA PRATIQUE

Bien que pour certains l'idée d'une intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires puisse sembler nouvelle, ce concept ne date pas d'aujourd'hui et, en fait, est étudié et utilisé dans le monde entier. Les soins de santé, y compris les soins de santé mentale, sont structurés et envisagés différemment dans pratiquement chaque pays du monde. Il est important de trouver une approche d'intégration de la santé mentale et des soins primaires qui soit à la fois exhaustive et efficace au sein de la structure et dans la limite des ressources de chaque pays. Cette section donne quelques exemples de programmes et politiques d'intégration de la santé mentale et des soins primaires actuellement mis en œuvre dans le monde. Ces programmes et politiques sont présentés sous forme résumée. Pour des informations complémentaires et plus détaillées, veuillez consulter la version intégrale des différents documents.

Détection des troubles mentaux en soins primaires

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych, ¹

John R M Copeland MD, ScD, FRCPsych, ²

Les problèmes de santé mentale sont l'une des principales causes d'invalidité dans le monde. En dépit des développements réalisés dans les nouveaux traitements (psychologiques, sociaux et médicaux) des maladies mentales, une forte proportion des personnes atteintes de troubles mentaux de par le monde ne reçoit pas l'aide dont elle a besoin et est réduite à souffrir en silence. Dans les pays développés, ceci peut s'expliquer par la stigmatisation qui entoure les maladies mentales et conduit les personnes affectées à ne pas demander d'aide, quelle que soit la nature de leur trouble mental. Par ailleurs, le fait que les services de soins de santé primaires ne possèdent ni la formation ni les compétences requises pour la détection et le traitement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale joue aussi probablement un rôle important. Des études de recherche ont mis en évidence que les généralistes et les agents de soins primaires ne sont pas suffisamment disponibles ou formés pour évaluer la santé mentale de leurs patients.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le manque de ressources est souvent avancé pour expliquer la mauvaise qualité des soins de santé mentale. Il faut environ six ans pour former un médecin et trois ans supplémentaires pour devenir psychiatre. Par conséquent et en raison du coût élevé de la formation, ces pays disposent de peu de médecins et d'encore moins de psychiatres. Une grande partie d'entre eux émigre vers les pays à revenu élevé. Certains pays d'Afrique n'ont aucun psychiatre et d'autres seulement un ou deux. Il n'existe aucune réponse à ce problème dans un avenir prévisible. Cela signifie que des milliers de personnes atteintes de troubles mentaux doivent vivre sans traitement, incapables de travailler et dans la pauvreté, ou dans des établissements psychiatriques.

La détection des problèmes de santé mentale à un stade précoce, accompagnée d'un traitement et d'un plan de prise en charge appropriés visant au rétablissement et au retour au travail des personnes affectées, pourrait contribuer à la réduction du poids que font peser les troubles mentaux sur les systèmes de santé et de protection sociale du monde entier. Le travail réalisé dans le domaine des troubles psychotiques a clairement démontré qu'une intervention précoce ne contribue pas seulement à un rétablissement rapide et complet, mais qu'elle facilite également la réintégration de la personne dans la société. Par conséquent, nos efforts doivent porter en premier lieu sur l'établissement, dans le monde entier, de systèmes visant à identifier aussi tôt que possible les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et à intervenir de manière appropriée. On peut aborder ce problème notamment en tirant parti des technologies modernes telles que les méthodes assistées par ordinateur, afin d'améliorer les ressources humaines disponibles dans le domaine de la santé et du bien-être social, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En collaboration avec les agents de soins primaires, nous avons développé un outil d'évaluation assistée par ordinateur, le Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT/PC), qui a déjà été traduit dans un certain nombre de langues (espagnol, néerlandais, allemand, hindi, chinois et arabe, les versions française et portugaise étant en cours de préparation). Ce logiciel est un moyen innovant d'aborder ce problème. Cette méthode a d'abord pour but d'améliorer la reconnaissance des maladies mentales en soins primaires et la mise en place de traitements appropriés, en donnant les outils et moyens nécessaires aux agents de soins primaires. Elle permet ensuite de développer pour les soins secondaires une méthode d'évaluation de la santé mentale plus complète procurant un diagnostic psychiatrique différentiel assisté par ordinateur conforme aux critères de la CIM-10, aux parcours de soins, à la qualité de vie, et à l'évaluation des besoins et des risques. Ces méthodes ont été développées par des médecins de première ligne et des psychiatres et ont déjà démontré leur efficacité au Royaume-Uni, en Inde et à Abou Dhabi. Le recours à des ordinateurs pourrait aller à l'encontre de l'utilisation générale, mais nous développons actuellement le programme afin qu'il puisse



être installé sur un assistant personnel à écran tactile, pour faciliter son utilisation partout et permettre la communication des résultats par téléphone portable. Ces méthodes dont le développement a pris sept ans jusqu'à présent sont issues de nombreuses années d'expérience dans le développement et l'utilisation d'outils de diagnostic de recherche assisté par ordinateur. Le GMHAT/PC est décrit brièvement ci-dessous.

Le Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT/PC)

Le GMHAT/PC est un outil informatique d'évaluation clinique développé pour évaluer et identifier les problèmes de santé mentale en soins primaires et généraux. Le programme d'évaluation démarre avec des instructions élémentaires sur l'utilisation de l'outil et la classification des symptômes. Les écrans suivants consistent en une série de questions permettant d'effectuer une évaluation rapide et néanmoins complète de l'état mental du patient et portant tour à tour sur les symptômes ou problèmes suivants : inquiétudes ; anxiété et crise d'angoisse aiguë ; concentration ; humeur dépressive, y compris risque de suicide ; sommeil ; appétit ; troubles alimentaires ; hypocondrie ; obsessions et compulsions ; phobie ; manie/hypomanie ; trouble de la pensée ; symptômes psychotiques (illusions et hallucinations) ; désorientation ; trouble de la mémoire ; abus d'alcool ; abus de drogues ; troubles de la personnalité et facteurs de stress. Pour chaque sous-section, une seule question est posée à la fois. Les questions s'affichent dans un ordre clinique suivant une arborescence. Des questions clés de dépistage sont posées pour chaque trouble clinique majeur. Lorsque les réponses d'un patient aux questions clés d'une sous-section indiquent qu'il ne présente aucun symptôme, l'entretien se poursuit avec la sous-section suivante. À la fin de l'entretien, la personne qui a interrogé le patient est invitée à saisir ses propres renseignements personnels, ainsi que son diagnostic clinique, le cas échéant. Ensuite, le logiciel génère et affiche un rapport de synthèse sur les symptômes et leurs scores, puis présente le diagnostic GMHAT/PC. Le diagnostic informatique principal est établi selon un modèle hiérarchique basé sur la CIM-10. Le programme de diagnostic tient compte de la sévérité des symptômes (modérés à sévères). Il donne également d'autres diagnostics et états comorbides en présence de symptômes d'autres troubles. Par ailleurs, il comprend une évaluation du risque d'automutilation. Le programme donne aussi des conseils concernant la prise en charge des troubles identifiés.

Le modèle de soins secondaires, GMHAT/FULL, est basé sur le programme de diagnostic différentiel ALL-AGECAT et fait actuellement l'objet d'essais de validation. Il a été conçu pour les services qui ne disposent pas de service de soins secondaires psychiatriques adaptés.

Merci de nous contacter si vous souhaitez essayer le GMHAT/PC, le traduire ou l'utiliser dans votre service clinique. Ce programme est offert gratuitement.

¹ Psychiatre consultant et Directeur médical suppléant, Cheshire and Wirral Partnership NHS Foundation Trust, et Maître de conférence honoraire à l'Université de Liverpool

² Professeure émérite, Chargé de recherche, Université de Liverpool

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Vimal Kumar Sharma MD, PhD, FRCPsych

v.k.sharma@liv.ac.uk

Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires – Santé mentale en soins primaires dans la pratique

(WHO/Wonca, Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires – Une vision globale, 2008, p. 49)

Les exemples de bonnes pratiques suivants démontrent qu'il est possible d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires dans des situations variées et dans des contextes économiques et politiques défavorables. La situation socio-économique et les ressources de santé des pays représentés sont on ne peut plus différents. Par conséquent, les modèles qu'ils ont adoptés en matière d'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires varient grandement. Bien que les détails diffèrent, le succès de ces modèles est le fruit du leadership et de l'engagement mis en œuvre, ainsi que de l'application au niveau local des 10 principes énoncés dans la section suivante. Ce sont les politiques et les plans clairs, associés à des ressources appropriées et à un niveau rapproché de gérance, la formation et le soutien continu des agents de soins primaires, la disponibilité de psychotropes et les relations étroites avec les niveaux supérieurs de soins et les ressources communautaires qui sont garants des meilleurs résultats.

Pour consulter la liste complète des pays et obtenir de plus amples informations, nous vous conseillons de consulter la version intégrale du document à l'adresse suivante : http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339.



ARGENTINE

Dans la province de Neuquén, les médecins de première ligne sont chargés du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation des patients souffrant de troubles mentaux sévères. Pour les cas complexes, ils ont la possibilité de se faire conseiller par des psychiatres et d'autres spécialistes de la santé mentale. Un centre de réhabilitation de proximité, l'Austral, procure les soins cliniques complémentaires en étroite collaboration avec les centres de soins primaires. Il sert également de site de formation pour les internes de médecine générale et les médecins de première ligne en exercice. Le modèle de soins de santé mentale s'articule autour de quatre éléments clés.

1. *Médecins de première ligne.* Les services de diagnostic, de traitement et de réhabilitation pour les troubles mentaux sévères sont fournis par une équipe de prestataires de services de santé, sous la direction d'un médecin de première ligne formé à cet effet. Par ailleurs, les médecins de première ligne s'occupent fréquemment des facteurs de stress et des conflits familiaux, qu'ils prennent en charge par une psychothérapie brève axée sur les problèmes.
2. *Patients externes.* Les personnes atteintes de troubles mentaux sont traitées en ambulatoire dans leurs communautés, où elles jouissent du soutien de leur famille, de leurs amis, d'un environnement familial et de services communautaires.
3. *Soins holistiques.* Les patients reçoivent des soins holistiques, qui conviennent au traitement des affections mentales, comme des affections physiques.
4. *Assistance de spécialistes.* Il est possible de faire appel à des psychiatres pour les cas complexes. Ces psychiatres sont également chargés de la formation des médecins et du personnel infirmier de première ligne. Parce que le recours aux psychiatres est modéré et l'internement évité, les coûts sont plus bas et l'accessibilité des services est améliorée.

Les *sanitarios* (auxiliaires médicaux) et les *curanderos* (guérisseurs) de Neuquén sont souvent les premiers à voir les personnes atteintes de troubles mentaux. Dans certains cas, les patients passent des *curanderos* aux soins primaires professionnels. Cependant, dans les zones rurales, c'est le recours aux auto-soins et aux soins non professionnels qui est le plus répandu, et le rôle de soutien joué par la famille est considéré comme fondamental.

Les psychologues sont répartis entre des centres de santé situés aux alentours de la ville et voient les patients en cas de besoin. Ils ne sont affiliés à aucune clinique particulière et exercent dans différents contextes de soins. Les psychologues doivent résoudre les problèmes d'ordre psychosocial, en plus de traiter les troubles mentaux sévères. Les patients atteints de troubles mentaux sont envoyés à l'hôpital provincial si nécessaire. Le nombre limité de lits psychiatriques dans le secteur public de la province (10) complique parfois le traitement des malades aigus. Les patients gravement malades, violents ou suicidaires requérant des soins à long terme sont internés à l'hôpital psychiatrique de Buenos Aires.

INDE

Les services de santé mentale sont intégrés aux soins primaires principalement dans des centres de soins primaires, des centres de santé communautaires et des hôpitaux Taluk (qui procurent des soins en ambulatoire). Les personnes atteintes de troubles mentaux sont identifiées et orientées vers ces établissements par :

- les agents *anganwadi* ;
- le personnel des centres de soins primaires – personnel infirmier débutant du service public et assistant(e)s sanitaires et sociaux/socials agréé(e)s ;
- les hôpitaux psychiatriques et les cliniques privées ;
- les ONG et les centres de réhabilitation ;
- les assistant(e)s social(e)s de proximité et les bénévoles œuvrant au niveau de la communauté ;
- les membres de *panchayath* ;
- les membres des équipes impliquées dans les programmes de santé mentale du district ;
- les enseignants.



Les nouveaux patients ayant fait l'objet d'une orientation sont vus par le médecin dans le centre de soins primaires ou dans le centre de santé communautaire. Si les médecins ont été formés dans le cadre du programme de santé mentale du district, ils établissent un diagnostic, puis définissent la marche à suivre, par exemple en prescrivant des médicaments ou en orientant le patient vers un autre praticien. Autrement, si les médecins n'ont pas été formés ou si leur niveau d'expertise ne leur permet pas de résoudre le problème, ils demandent au patient de revenir le jour où l'équipe de santé mentale du district sera présente la prochaine fois. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont prises en charge de la même manière que les patients qui se rendent au centre pour d'autres raisons, et font la queue avec eux. Au cours d'une journée de travail normale, un centre de soins primaires ou de santé communautaire voit environ 300 à 400 personnes ; des troubles mentaux sont identifiés chez à peu près 10 % d'entre elles. Les jours de consultation en santé mentale, l'équipe de santé mentale du district reçoit les patients dans un espace du centre de soins primaires ou de santé communautaire réservé à cet effet. Ils sont vus en dehors des activités principales du centre, essentiellement pour éviter qu'il n'y ait trop de monde. Les nouveaux patients font la queue, par ordre d'arrivée, avec les patients qui viennent pour une consultation de suivi. Les patients qui ont déjà été vus auparavant apportent leur carnet patient, qui contient des renseignements pertinents et des informations d'ordre médical. Le patient et (souvent) un membre de sa famille ou un aidant sont vus par le psychiatre dans une pièce réservée à cet effet ou, s'il n'y en a pas ou si cette pièce n'est pas disponible, dans le coin d'une grande salle, à l'abri des regards indiscrets. Le cas échéant, le psychiatre inscrit son diagnostic et sa prescription dans le carnet du patient et les communique à l'infirmière pour qu'elle remette les médicaments éventuels au patient. En règle générale, c'est l'équipe qui apporte les médicaments et les laisse dans le centre pour qu'ils soient distribués entre les jours de consultation en santé mentale. Normalement, seuls les médecins spécialistes peuvent prescrire des psychotropes et assurer le suivi des patients entre les jours de consultation en santé mentale. La tâche des médecins non spécialistes est limitée à la prescription de médicaments qui ont préalablement été sélectionnés par le psychiatre de l'équipe.

Lors de leur première visite, tous les nouveaux patients reçoivent une éducation psychologique, y compris des informations sur leur trouble mental, son origine, la prévention, le traitement, la surveillance et la prise en charge. Ceci permet de les impliquer dans le processus et de les inciter à observer le traitement. L'assistant(e) social(e) assure les services de counselling et de suivi. Il/Elle anime des sessions de thérapie de groupe régulières, organise l'admission dans les centres de réhabilitation et assure la communication avec les autres services gouvernementaux. Dans certains cas, l'assistant(e) social(e) fait des visites à domicile pour évaluer la situation de famille et s'assurer de l'observance du traitement. Si nécessaire, le psychologue clinique et le psychiatre assurent des séances individuelles de counselling. Ainsi, dans le cadre des journées de consultation en santé mentale les services suivants sont offerts :


- diagnostic et planification du traitement pour les nouveaux patients ;
- évaluation et suivi pour les patients en consultation régulière ;
- counselling avec le psychologue clinique ou le psychiatre ;
- psychoéducation ;
- orientations en cas de besoin.

La majorité des patients consultent pour la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie ou l'épilepsie (voir évaluation/résultat).

AFRIQUE DU SUD

Le modèle adopté dans le district municipal d'Ehlanzeni en matière d'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires varie quelque peu d'une clinique à l'autre. Ces différences dépendent de multiples facteurs, tels que la taille et la situation géographique de la clinique, la formation et les qualifications de son personnel infirmier et la volonté des agents de santé de participer au modèle intégré. Toutefois, deux modèles prédominent (voir ci-dessous).

1er modèle. Le premier modèle se caractérise par la présence d'une infirmière professionnelle qualifiée, qui voit tous les patients présentant des troubles mentaux. Sa fonction principale est de réaliser une évaluation de routine des personnes atteintes de troubles mentaux, de leur remettre des psychotropes ou de recommander un changement de médicaments au médecin, d'offrir un service de counselling élémentaire et d'identifier les situations sociales qui peuvent être améliorées. Les patients sont orientés vers des services complémentaires le cas échéant, bien que dans la plupart des cas les services sociaux de proximité soient rares. Chaque semaine, l'infirmière réserve une plage horaire spécifique pour les consultations en santé mentale, et les patients savent qu'ils doivent se présenter à la clinique durant ces heures. Ces patients ne font pas la queue avec les patients qui viennent à la



clinique pour d'autres raisons. Les agents de santé généralistes sont formés à la détection des troubles mentaux, mais orientent les patients soit vers l'infirmière psychiatrique désignée, soit vers le coordinateur du district pour la santé mentale (voir ci-dessous).

2ème modèle. Dans le second modèle, les troubles mentaux sont pris en charge de la même manière que tous les autres problèmes de santé. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux font la queue avec les autres patients et sont vues par le médecin de première ligne disponible quand leur tour arrive. Le personnel infirmier est formé à l'évaluation et au traitement des problèmes de santé physique et des problèmes de santé mentale, et les patients souffrant de problèmes comorbides sont traités selon une approche holistique. Ils sont orientés vers des services de soins secondaires ou de proximité selon les besoins.

Dans les deux modèles, c'est au personnel infirmier que revient la responsabilité de détecter les problèmes de santé mentale, de prendre en charge les troubles mentaux chroniques, y compris de distribuer des psychotropes ou de recommander un changement de traitement médicamenteux, d'offrir des prestations de counselling, d'effectuer les orientations et d'intervenir en cas de crise. Un coordinateur de district pour la santé mentale (formé en tant qu'infirmier/infirmière psychiatrique) et un médecin sont là pour les assister si besoin est. Les fonctions du coordinateur de district comprennent :

- la supervision et le soutien du personnel généraliste dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- l'évaluation des patients qui lui sont adressés par les structures de soins primaires ;
- la stabilisation des patients le cas échéant ;
- la recommandation de la mise sous traitement médicamenteux ou d'un changement de médicaments au médecin ;
- l'assistance dans la réhabilitation psychosociale ;
- le counselling ;
- les visites à domicile ;
- la vérification de la disponibilité des médicaments dans les cliniques ;
- l'établissement de statistiques sur la santé mentale ;
- la rédaction de rapports au niveau du sous-district.

Au niveau du district, la priorité principale en matière de santé mentale en soins primaires est la prise en charge de la schizophrénie et des troubles apparentés, des troubles bipolaires et de la dépression majeure. L'épilepsie est prise en charge dans le cadre des maladies chroniques générales. Un service de counselling élémentaire est offert, mais il est limité en raison des contraintes de temps. Dans la plupart des cas, il n'est pas possible de prescrire de séances de counselling en raison du manque de conseillers et de psychologues qualifiés dans la région.

ROYAUME-UNI

Dans le PCT de Waltham Forest, deux cabinets ont été recrutés pour fournir des services de soins primaires intégrés aux groupes vulnérables tels que les demandeurs d'asile, les réfugiés et les sans-abris. Ces deux cabinets procurent des services similaires ; néanmoins, c'est celui de Walthamstow qui a été choisi comme exemple pour illustrer le programme. Le cabinet de Walthamstow compte 10 généralistes (dont deux en formation) et quatre infirmières.

Dans son ensemble, le service consiste à offrir un traitement et des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés, mais aussi aux patients dont les problèmes mentaux et psychosociaux sont plus complexes. En particulier, le service cherche à atteindre les personnes qui ne sont normalement pas en contact avec les services de santé et celles issues de minorités ethniques.

Le service est basé sur une approche en quatre étapes et vise à offrir des services holistiques intégrés en soins primaires (voir ci-dessous).

Dans le cadre de la première étape, les cabinets de médecine générale procurent aux patients des informations écrites et orales sur les troubles mentaux et leur expliquent comment accéder à des services de santé mentale plus spécialisés, ainsi qu'à des services sociaux, de logement et d'emploi. Les patients sont également dirigés vers les bibliothèques locales où ils peuvent se procurer de la documentation et des vidéos sur les problèmes de santé



mentale. Une aide supplémentaire, des conseils et un soutien sont apportés par un particulier, généralement un usager des services de santé mentale, qui a la responsabilité de promouvoir l'initiative personnelle et l'inclusion sociale parmi les patients.

Dans le cadre de la seconde étape, les cabinets de soins primaires procèdent à une évaluation psychosociale et de la santé mentale de leurs patients, parfois à l'aide d'outils d'évaluation et de dépistage standardisés. Selon la complexité du problème, les patients sont pris en charge par le cabinet ou orientés vers des services de proximité ou de soins secondaires au sein du PCT. Les psychothérapies, y compris les thérapies cognitivo-comportementales, sont fournies par un conseiller dans le cadre du cabinet de médecine générale ; toutefois et selon la durée de thérapie requise, les patients sont parfois orientés vers des services plus spécialisés en dehors du cabinet.

Dans le cadre de la troisième étape, les patients sont orientés vers des organisations ou institutions capables de les aider à résoudre leurs problèmes sociaux et financiers. Cette aide est essentielle pour assurer que ces personnes trouvent un emploi et un logement et résolvent leurs problèmes familiaux, évitant ainsi un isolement supplémentaire et la possibilité d'une détérioration de leur santé mentale. La quatrième étape concerne les malades auparavant aigus et maintenant stables. Ces patients sont censés recevoir des soins holistiques de santé physique et mentale en soins primaires, tout en réduisant la charge sur les services de 2e ligne. Toutefois et à ce jour, cette étape n'a pas encore été mise en œuvre correctement dans la pratique.

En plus d'assurer le traitement et le soutien des personnes atteintes de troubles mentaux, le cabinet tente également de promouvoir une bonne santé mentale grâce à son approche générale en matière de soins de santé. Par exemple, le cabinet fait des efforts particuliers pour communiquer avec les immigrés qui ne parlent pas anglais et offre des services d'interprétation par téléphone à tous ceux qui en ont besoin. De même, les praticiens s'attachent à offrir un service non discriminatoire et à aider tous les groupes vulnérables sans distinction, y compris les sans-abris. Ils adaptent également leur approche en fonction de la culture de chaque patient et agissent d'une manière appropriée et acceptable. Ainsi, le cabinet n'est pas seulement spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, mais assure également la promotion de la santé mentale de tous ses patients.

INTEGRATED BEHAVIORAL HEALTH PROJECT NIVEAUX DE SOINS INTÉGRÉS EN SANTÉ MENTALE

Les soins de santé mentale intégrés ne peuvent être considérés comme une question du type tout ou rien. Ils doivent plutôt l'être comme un continuum, basé sur la collaboration entre les professionnels de la santé et ceux de la santé mentale. L'excellente description de niveaux de collaboration présentée ci-après est le fruit du travail de William J. Doherty, Ph.D., Susan H. McDaniel, Ph.D. et Macaran A. Baird, M.D., et a été résumée dans *Behavioral Healthcare Tomorrow*, Octobre, 1996, 25-28.

Premier niveau : collaboration minimale

Les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé travaillent dans des établissements séparés, ont des systèmes distincts et communiquent rarement à propos des cas.

Deuxième niveau : collaboration élémentaire à distance

Les prestataires ont des systèmes distincts sur des sites séparés, mais communiquent régulièrement à propos de patients communs, principalement par téléphone et par courrier. Toutes les communications sont initiées en rapport avec les patients. Les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé se considèrent mutuellement comme ressources, mais ils exercent dans des mondes séparés, partagent peu de responsabilités et de pouvoir et ne comprennent pas bien leurs cultures respectives.

Troisième niveau : collaboration élémentaire sur site

Les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé ont des systèmes distincts, mais travaillent dans le même établissement. Ils communiquent régulièrement à propos de patients communs, principalement par téléphone et courrier, et se rencontrent occasionnellement du fait de leur proximité. Ils reconnaissent l'importance du rôle de chacun, peuvent avoir le sentiment de faire partie d'une équipe plus grande mais néanmoins mal définie, mais ne tiennent pas le même discours ou ne comprennent pas bien leurs univers respectifs. Comme pour les premier et deuxième niveaux, les médecins ont beaucoup plus de pouvoir et d'influence que les autres professionnels dans les décisions de prise en charge des cas, ce qui peut donner lieu à une certaine amertume.



Quatrième niveau : collaboration étroite dans un système partiellement intégré

Les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé partagent les mêmes locaux et ont certains systèmes en commun, comme le planning et les fiches patient. Ils se rencontrent régulièrement à propos des patients, pour se consulter mutuellement et coordonner des plans de traitement pour les cas difficiles, et, pour l'essentiel, ils comprennent et apprécient leurs rôles et leurs cultures respectifs. Ils obéissent tous au même paradigme biopsychosocial/de systèmes. Néanmoins, des difficultés subsistent parfois dans la pratique, les réunions de renforcement d'équipe ne sont organisées qu'occasionnellement et il peut exister des divergences opérationnelles, telles que la participation aux coûts demandée en santé mentale mais pas pour les services médicaux par exemple. Il est probable qu'il y ait également des tensions non résolues, mais gérables, en raison du niveau supérieur de pouvoir et d'influence dont jouissent les médecins au sein de l'équipe médicale.

Cinquième niveau : collaboration étroite dans un système entièrement intégré

Les professionnels de la santé mentale et les autres professionnels de la santé partagent les mêmes locaux, la même vision et les mêmes systèmes au sein d'un réseau transparent de services biopsychosociaux. Les prestataires et les patients partagent aussi la conception d'une équipe offrant prévention et traitement. Tous les professionnels obéissent à un paradigme biopsychosocial/de systèmes et ont développé une excellente compréhension de leurs rôles et cultures respectifs. L'équipe se réunit régulièrement pour discuter à la fois des questions relatives aux patients et des questions de collaboration au sein de l'équipe. Grâce aux efforts conscients dans ce sens, le pouvoir et l'influence dont jouissent les professionnels sont répartis en fonction de leurs rôles et de leurs domaines d'expertise respectifs.

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur :

www.ibhp.org/index.php?section=pages&cid=85

INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE CADRE DE TRAVAIL EN SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration décrivent une série de modèles de pratique dans lesquels les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels, de concert avec les prestataires de soins des milieux des soins en santé mentale et des soins de santé primaires—avec une différence d'expérience, de formation, de savoir et d'expertise—travaillent ensemble afin de promouvoir la santé mentale et de procurer des services efficaces et mieux coordonnés pour les individus qui ont des besoins en santé mentale. Un Cadre de travail conceptuel a été développé à partir des recherches précédentes et d'un examen des initiatives existantes en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Ce Cadre de travail :

- présente les composantes clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration
- oriente la discussion dans la documentation de recherche de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM)
- identifie les besoins pour la recherche future

ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX

Politiques, législation, structures de financement et fonds disponibles

Les politiques, la législation et les structures de financement doivent être cohérentes avec les principes de soins de santé mentale axés sur la collaboration, et on doit également disposer de fonds suffisants pour faciliter la mise en application d'initiatives de collaboration. Comme le reflètent les politiques, la législation et la répartition des subventions, on observe un soutien accru pour le concept des soins de santé mentale axés sur la collaboration depuis l'an 2000. Toutefois, les soins de santé mentale axés sur la collaboration se heurtent à des obstacles politiques. On peut regrouper ces obstacles en deux grandes catégories. La première catégorie comprend les efforts actuels visant à réformer les systèmes de soins de santé primaires et de santé mentale ; le manque de coordination des stratégies de la réforme pose des défis. La deuxième catégorie englobe la législation et les politiques touchant les ressources humaines en santé ; mentionnons en particulier les problèmes reliés à la rémunération, l'étendue de la pratique et les niveaux de responsabilité.



Recherche et collectivité

Les initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration devraient également s'inspirer de la recherche fondée sur des données probantes, de l'identification et de la mise en application des pratiques exemplaires. Ces initiatives devraient se conformer aux besoins et aux ressources des collectivités individuelles.

ÉLÉMENTS CLÉS

Quatre éléments clés contribuent à définir les soins de santé mentale axés sur la collaboration : accessibilité, structures de collaboration, richesse de la collaboration et système centré sur l'utilisateur.

Accessibilité

La réalisation des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration implique une meilleure **accessibilité** aux services de santé mentale. Ceci comprend la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention, la détection et le traitement de maladies mentales dans des contextes des soins de santé primaires, c'est-à-dire de « rapprocher les services du domicile ». Les soins de santé mentale axés sur la collaboration prennent place à l'intérieur de divers milieux qui incluent les centres de santé communautaires, les bureaux des prestataires de soins de santé primaires, la résidence d'un individu, les écoles, les établissements correctionnels ou des endroits communautaires tels que les refuges. Ceci varie selon les besoins et préférences de l'individu et de la connaissance, la formation et les compétences des prestataires de soins. La collaboration peut s'appuyer sur une évaluation conjointe ou sur la prestation de soins où plusieurs prestataires de soins accompagnent l'utilisateur, les familles et les aidants naturels, lorsque cela convient, ou encore, cette collaboration peut se faire par le biais de communications par téléphone ou par écrit. Autrement dit, il n'est pas nécessaire que les prestataires de soins de santé soient au même endroit pour qu'une collaboration efficace ait lieu.

Il existe différentes façons de dispenser des services de santé mentale dans les contextes des soins de santé primaires, par exemple :

- dispenser les soins de santé mentale directement dans les contextes des soins de santé primaires, ou
- fournir un soutien indirect en santé mentale aux prestataires de soins de santé primaires dans les contextes de soins de santé primaires

Dans le premier cas, les soins de santé mentale sont dispensés par un spécialiste de la santé mentale¹ ; dans le second, les soins de santé mentale sont dispensés par un prestataire de soins de santé primaires qui reçoit le soutien ou qui consulte un spécialiste de la santé mentale. Parmi les stratégies élaborées par diverses initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration pour dispenser des services de santé mentale dans des contextes de soins de santé primaires, on retrouve les suivantes :

- le spécialiste de la santé mentale offre directement des soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires :
 - visites sur rendez-vous dans un contexte de soins de santé primaires
 - regroupement sous un même toit des services de santé mentale et de soins de santé primaires
- le spécialiste de la santé mentale dispense indirectement des soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires en soutenant le prestataire de soins de santé primaires de façon formelle ou informelle

Structures de collaboration

La réussite des initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration présuppose la mise en place **de systèmes et de structures** qui soutiennent la collaboration.

Premièrement, les prestataires de soins mettront sur pied ou feront partie d'une **structure** organisationnelle qui définira les modalités de l'entente de collaboration. Cette structure sera soit :

- formelle (p. ex. ententes de service, centres de coordination, réseaux de collaboration)
- informelle (p. ex. ententes verbales entre des prestataires de soins).



Deuxièmement, les prestataires de soins organiseront ou créeront des systèmes qui définiront les modalités des ententes pour l'accomplissement de certaines fonctions clés des soins de santé mentale axés sur la collaboration, notamment :

- des stratégies de consultation (p. ex. formulaires, réseaux de consultation)
- la technologie de l'information (p. ex. dossiers médicaux électroniques, échange d'informations par Internet, téléconférences, vidéoconférences, courrier électronique, serveur de listes)
- des évaluations (p. ex. développer des instruments d'évaluation et des ententes pour adopter, de façon commune, certains instruments d'évaluation, méthodologies et logiciels)

Richesse de la collaboration

La **richesse de la collaboration** entre les partenaires en soins de santé, y inclus les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, les usagers et les aidants naturels, est une caractéristique essentielle de la réussite et de l'efficacité des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Parmi les caractéristiques de cette **richesse de la collaboration**, on retrouve :

- le transfert des connaissances entre les partenaires en soins de santé par diverses initiatives éducatives, par exemple :
 - cours, tutoriels, séminaires, conférences, stages de formation, discussions de cas, internats, ateliers, symposiums ;
 - matériel éducatif tel que articles de recherche, études, volumes, guides, manuels
- soins de santé d'une gamme élargie de disciplines (p. ex. infirmières, travailleurs sociaux, diététistes, médecins de famille, psychologues, psychiatres, pharmaciens, ergothérapeutes, travailleurs impliqués dans le soutien par les pairs)
- la communication entre tous les partenaires en soins de santé.

Système centré sur l'utilisateur

Les besoins des usagers sont au cœur des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Un **système centré sur l'utilisateur** exige que les usagers soient impliqués dans tous les aspects de leurs soins, à partir des options de traitement jusqu'aux évaluations des programmes, et que des initiatives soient conçues pour répondre aux besoins de groupes spécifiques, en particulier ceux qui sont souvent mal desservis ou qui ont un grand besoin de soins de santé mentale et de soins de santé primaires. Un nombre croissant d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration insistent sur le rôle de l'utilisateur en allouant du temps et des ressources à l'utilisateur et / ou à l'aidant naturel pour :

- l'éducation (p. ex. diffusion de matériel éducatif, sessions et centres d'information)
- le soutien par les pairs
- la participation dans le développement des initiatives des soins de santé mentale axés sur la collaboration (p. ex. groupes de réflexion, comités) et dans le développement et la mise en œuvre de programmes d'évaluation (p. ex. conception d'instruments, rôles comme interviewers ou répondants)
- la participation en adaptant la promotion de la santé mentale et les interventions thérapeutiques aux besoins individuels



CONCLUSION

En définitive, les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont influencés par ces éléments fondamentaux : **politiques, législation, financement, recherche, ainsi que les besoins et les ressources de la communauté.** Quatre éléments clés définissent les soins de santé mentale axés sur la collaboration : **accessibilité, structures de collaboration, richesse de la collaboration et système centré sur l'utilisateur.** Dans notre prochaine série de documents sur le bilan des soins de santé mentale axés sur la collaboration, la discussion sera structurée en fonction de ces éléments clés et fondamentaux. La série attendue de trousse d'outils d'implémentation et la Charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration seront aussi basées sur ce Cadre de travail.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
C/O Cheryl D'Souza
Le Collège des médecins de famille du Canada (Commanditaire du projet)
2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario
Canada L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900
Courriel : info@ccmhi.ca
<http://www.ccmhi.ca/>

HOGG FOUNDATION FOR MENTAL HEALTH

Soins de santé intégrés

Les soins en collaboration : de quoi s'agit-il ?

Les soins en collaboration sont un modèle de soins de santé intégrés dans lequel les prestataires de santé physique et les prestataires de santé mentale s'associent pour prendre en charge, dans un contexte de soins primaires, le traitement des troubles psychiatriques légers à modérés et des troubles psychiatriques sévères stables.

Comment le modèle de soins en collaboration peut-il être adapté afin de répondre aux besoins uniques de chaque organisation ?

Le modèle de soins en collaboration offre un haut niveau de flexibilité, même dans la mise en œuvre des éléments requis. Les organisations ont la possibilité de créer et de mettre en œuvre un système de soins en collaboration qui reflète à la fois leurs ressources organisationnelles et les besoins de leurs patients.

Groupes de diagnostic

La majorité des recherches effectuées sur les modèles de soins en collaboration a porté sur le traitement de la dépression. Toutefois, de récentes recherches ont démontré que cette approche s'avérait efficace dans d'autres pathologies, et les experts en soins en collaboration s'accordent pour dire que ce modèle est utile dans le traitement, dans un contexte de soins primaires, de nombreux types de troubles psychiatriques légers à modérés ou de troubles psychiatriques sévères stables.

Identification des patients

Les patients qui souffrent de problèmes de santé mentale peuvent être identifiés de différentes manières. Certains prestataires utilisent un outil de dépistage standardisé afin de dépister les problèmes de santé mentale éventuels systématiquement chez tous les patients vus en soins primaires. D'autres prestataires ont recours à des moyens informels pour identifier les patients chez qui des problèmes de santé mentale sont suspectés. Ces deux approches ont chacune des coûts et avantages spécifiques. Les protocoles de dépistage améliorent la détection des problèmes de santé mentale, mais peuvent s'avérer coûteux et fastidieux. La détection informelle représente une charge moindre pour le personnel de soins primaires, mais peut contribuer à de faibles taux de détection des problèmes de santé mentale. Ce sont les ressources de l'organisation qui déterminent l'approche la plus appropriée.

Outils d'évaluation

Tout instrument qui permet de dépister les troubles psychiatriques qui seront traités en soins primaires est considéré comme approprié, à condition qu'il possède des propriétés psychométriques adaptées (c.-à-d. fiabilité suffisante et validité appropriée pour la population ciblée). Les patients sont examinés régulièrement à l'aide de l'outil d'évaluation, afin que le responsable des soins cliniques puisse surveiller leur réponse au traitement.

Il ne faut pas confondre outil d'évaluation et instrument de dépistage. Un résultat positif obtenu à l'aide d'un instrument de dépistage indique au médecin que le patient est probablement en difficulté. Ensuite, c'est un outil d'évaluation qui permet de confirmer que le patient est effectivement en difficulté et d'établir la nature du problème. En complément de l'outil d'évaluation, le médecin pose des questions supplémentaires pour confirmer le diagnostic.

Interventions

En soins primaires, l'intervention la plus courante consiste à traiter les problèmes de santé mentale par l'administration de psychotropes. Le médecin de première ligne ou un autre agent qualifié (p. ex. une infirmière praticienne) prescrit un antidépresseur ou un autre médicament approprié, et le responsable des soins surveille la réponse du patient aux médicaments et s'assure de l'observance du traitement.

Lorsque la pharmacothérapie est l'intervention choisie, l'organisation peut exiger de ses prestataires qu'ils utilisent un algorithme de traitement, qui leur sert de guide pour le choix des médicaments et la détermination de la posologie. Il existe de nombreux algorithmes pour les organisations intéressées par cette approche.

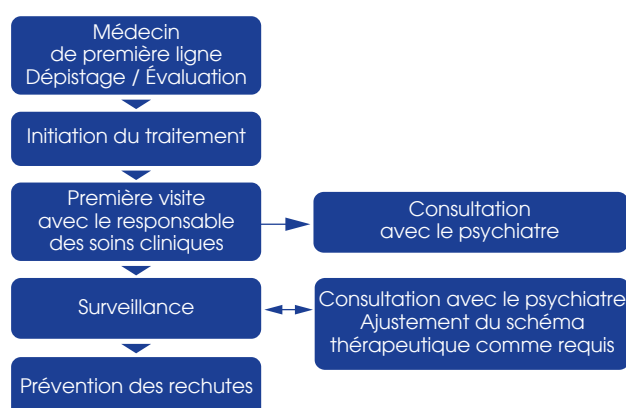
Les modèles de soins en collaboration peuvent également inclure une brève psychothérapie fondée sur des bases factuelles à titre d'intervention. Plusieurs psychothérapies de ce type ont été utilisées en soins primaires, y compris la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et la thérapie de résolution de problèmes. Les traitements de gestion du comportement et ceux fondés sur des bases factuelles sont des options possibles pour le traitement des enfants. Ces thérapies peuvent être réalisées par les responsables de soins cliniques disposant des compétences requises ou par un professionnel de la santé mentale exerçant dans le même établissement.


Les approches axées sur la psychothérapie et la gestion du comportement sont des options particulièrement importantes pour les enfants. Selon le diagnostic, la pharmacothérapie n'est pas nécessairement le traitement de première intention pour les enfants, étant donné les problèmes de sécurité et d'efficacité associés à l'utilisation de psychotropes chez les enfants.

Responsable des soins cliniques

Il est possible de former une variété de professionnels et paraprofessionnels à la gestion des soins. Dans de nombreuses études de recherche sur les soins en collaboration, des professionnels agréés ont été affectés à ces rôles, y compris des infirmières, des infirmières praticiennes, des assistantes sociales ou psychologues de niveau maîtrise, et des psychologues de niveau doctorat. Ces professionnels sont également qualifiés pour conduire une brève psychothérapie, si la clinique offre ce service.

Diagramme des soins en collaboration





Les paraprofessionnels peuvent être formés au rôle de responsable des soins cliniques lorsque leurs responsabilités se limitent à la surveillance de l'observance du traitement et de la réponse au traitement, et à l'éducation des patients. Les paraprofessionnels sont des agents de niveau licence qui peuvent justifier d'une expérience clinique (infirmière praticienne agréée par exemple).

Surveillance du traitement

Lorsque les entretiens individuels ne sont ni réalisables ni possibles, les responsables de soins cliniques peuvent travailler avec les patients par d'autres moyens, y compris par téléphone et par télévidéo. La consultation avec le psychiatre peut également être effectuée de cette manière.

Registre de patients

Le registre de patients utilisé pour assurer le suivi des patients identifiés comme souffrant de problèmes de santé mentale peut être établi de différentes manières. Il peut être incorporé à la base de données cliniques existante, à condition que les données nécessaires soient incluses et que les responsables de soins soient en mesure d'extraire les informations dont ils ont besoin.

Le registre peut également être tenu séparément, dans une simple feuille de calcul Excel ou base de données Access. Les chercheurs qui s'intéressent aux soins en collaboration proposent des modèles de registre de patients gratuits au format Excel ou Access.

Le registre peut également être créé dans une application sécurisée en ligne. Bien que cette option soit coûteuse, elle peut s'avérer particulièrement utile pour les organisations dans lesquelles le responsable des soins, le médecin de première ligne et le psychiatre sont éloignés géographiquement les uns des autres. Avec un registre en ligne, il suffit à chaque membre de l'équipe de se connecter au site Web, à partir de n'importe quel ordinateur avec accès à Internet, pour pouvoir saisir des informations ou consulter les progrès du patient, ce qui facilite la communication.

Spécialistes de la santé mentale

La supervision hebdomadaire du responsable des soins cliniques par un psychiatre est essentielle lorsque le mode d'intervention choisi implique l'emploi de psychotropes. Dans certains modèles de soins en collaboration, les médecins de première ligne peuvent également faire appel aux psychiatres pour une consultation directe sur les cas difficiles.

Le modèle de soins en collaboration peut également être établi de manière à ce que les professionnels de la santé mentale exerçant en soins primaires travaillent directement avec les patients vus dans le cadre d'un modèle de ce type. Les psychiatres peuvent assurer la gestion des médicaments. Les psychologues, les assistantes sociales et les autres professionnels qualifiés peuvent être chargés du counselling ou des brèves psychothérapies fondées sur des bases factuelles. Lorsque l'intervention implique une brève psychothérapie fondée sur des bases factuelles, la supervision par un clinicien expérimenté (un psychologue niveau doctorat par exemple) peut également être bénéfique.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Hogg Foundation for Mental Health

The University of Texas at Austin

P. O. Box 7998

Austin, Texas 78713-7998 USA

Téléphone : 512-471-5041

Hogg-Info@austin.utexas.edu

http://www.hogg.utexas.edu

10 PRINCIPES SOUS-TENDANT L'INTÉGRATION

(Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires – Une vision globale (2008) OMS/Wonca. pages 49-55)

Après avoir analysé et synthétisé les bonnes pratiques dans ce secteur, l'OMS et Wonca ont identifié 10 principes communs pouvant être appliqués à l'ensemble des efforts d'intégration de la santé mentale. Quels que soient les contextes politiques et économiques et le niveau des systèmes de santé, ces dix principes sont 'non-négociables' pour obtenir des soins primaires de santé mentale intégrés.

1. Les politiques et les plans doivent incorporer la notion de prise en charge de la santé mentale en soins primaires.

Le succès passe avant tout par l'engagement du gouvernement pour des soins de santé mentale intégrés et par la sanction formelle de cet engagement au moyen de politiques et de mesures législatives. L'intégration peut être facilitée non seulement par une politique de santé mentale, mais également par une politique de santé générale qui met en avant la disponibilité de services de santé mentale en soins primaires. Les directives nationales peuvent jouer un rôle fondamental dans l'encouragement et la définition des améliorations. Réciproquement, l'identification des besoins au niveau local peut initier un processus dont le développement et la réussite sont facilités ultérieurement par le gouvernement.

2. Le plaidoyer est nécessaire pour changer les attitudes et les comportements.

Le plaidoyer est un aspect important de l'intégration de la santé mentale. Les informations peuvent être mises à profit de manière délibérée et stratégique dans le but d'inciter les autres au changement. La sensibilisation, au niveau local et national, des responsables politiques et autres responsables, des autorités de santé et des agents de soins primaires à l'importance de l'intégration de la santé mentale est une tâche qui demande beaucoup de temps et d'efforts. Les estimations de la prévalence des troubles mentaux, la charge qui leur est associée s'ils ne sont pas traités, les violations des droits humains que l'on constate souvent dans les hôpitaux psychiatriques et l'existence de traitements efficaces en soins primaires sont autant d'arguments importants souvent avancés.

3. Les agents de soins primaires doivent être formés en conséquence.

L'intégration de la santé mentale ne peut avoir lieu sans formation des agents de soins primaires (avant leur entrée en fonction ou dans le cadre d'une formation continue) aux problèmes de santé mentale. Par ailleurs, les agents de santé doivent également perfectionner ces compétences sur le long terme, sous la supervision d'un spécialiste. Les modèles de soins en collaboration ou partagés, dans le cadre desquels des consultations et interventions conjointes sont assurées par les agents de soins primaires et les spécialistes de la santé mentale, constituent un moyen de formation continue et de soutien particulièrement prometteur.

4. Les tâches confiées aux agents de soins primaires doivent être limitées et réalisables.

En règle générale, les agents de soins primaires sont plus efficaces si les tâches de santé mentale qui leur sont confiées sont limitées et réalisables. Les décisions relatives aux domaines de responsabilité spécifiques doivent être prises après consultation des différentes parties prenantes de la communauté, évaluation des ressources humaines et financières, et étude minutieuse des forces et des faiblesses du système de santé actuel pour la prise en charge des problèmes de santé mentale. Les fonctions des agents de soins primaires pourront être élargies au fur et à mesure que les praticiens acquièrent des compétences et gagnent en confiance.

5. Des professionnels et des établissements spécialisés en santé mentale doivent être disponibles pour soutenir les soins primaires.

L'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires est essentielle, mais elle doit s'accompagner de services complémentaires, en particulier de composantes de soins secondaires, vers lesquelles les agents de soins primaires peuvent se tourner pour obtenir de l'aide, notamment en matière d'orientations, et à des fins de supervision. Ce soutien peut être fourni par les centres communautaires de santé mentale, les hôpitaux secondaires ou des praticiens qualifiés travaillant spécifiquement dans le cadre du système de soins primaires. Les spécialistes pourront avoir différents niveaux de spécialisation, des infirmières psychiatriques aux psychiatres.



6. Les patients doivent avoir accès aux principaux psychotropes en soins primaires.

L'accessibilité des principaux psychotropes est un facteur essentiel du succès de l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. Elle suppose que les pays distribuent les psychotropes directement aux établissements de soins primaires, plutôt que par l'intermédiaire des hôpitaux psychiatriques. Les pays doivent également revoir et actualiser leur législation et leur réglementation afin d'autoriser les agents de soins primaires à prescrire et distribuer des psychotropes, particulièrement lorsque les spécialistes de santé mentale et les médecins sont rares.

7. L'intégration est un processus et non un événement.

Même lorsqu'il existe une politique à cet effet, l'intégration prend du temps et, en règle générale, implique une série de développements. Il est essentiel que les différentes parties concernées se rencontrent et, dans certains cas, il faut surmonter un fort degré de scepticisme ou de résistance. Une fois que la notion d'intégration est largement reconnue, il reste encore beaucoup de travail. Il faut former les agents de santé et éventuellement embaucher du personnel supplémentaire. Mais avant tout cela, les budgets doivent généralement être approuvés et les fonds correspondants alloués.

8. Il est crucial d'avoir un coordinateur des services de santé mentale.

L'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires peut être progressive et opportuniste, et faire marche arrière ou changer de direction. Par ailleurs, des problèmes inopinés risquent parfois de menacer le résultat, voire la survie du programme. Les coordinateurs de santé mentale ont un rôle crucial à jouer dans l'orientation des programmes face à ces défis et dans la progression du processus d'intégration.

9. Une collaboration avec les secteurs gouvernementaux autres que les secteurs de la santé, avec les ONG, les agents de santé communautaires et de village, ainsi qu'avec les travailleurs bénévoles est nécessaire.

Les secteurs gouvernementaux hors santé peuvent travailler efficacement avec le secteur des soins primaires afin d'assurer l'accessibilité des initiatives pédagogiques, sociales et d'emploi dont les patients atteints de troubles mentaux ont besoin pour leur rétablissement et leur réintégration dans la communauté. Les ONG, les agents de santé communautaires et de village et les bénévoles jouent souvent un rôle important dans la promotion de la prise en charge de la santé mentale en soins primaires. Les agents de santé communautaires et de village peuvent être mis à contribution pour identifier les personnes atteintes de troubles mentaux et les orienter vers les établissements de soins primaires ; les ONG de proximité, quant à elles, peuvent aider les patients à retrouver une certaine autonomie et réduire ainsi le nombre d'hospitalisations.

10. Des ressources financières et humaines sont requises.

Bien que la prise en charge des problèmes de santé mentale en soins primaires soit une entreprise rentable, des ressources financières sont requises pour établir et maintenir un service. La formation a elle aussi un coût, et il peut s'avérer nécessaire de recruter des agents de santé communautaires et de soins primaires supplémentaires. Des spécialistes en santé mentale doivent également être embauchés pour assister et superviser les agents de soins primaires.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter :

OMS/Wonca

Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires – Une vision globale

http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339

Organisation Mondiale de la Santé

Aide-mémoire N°220, septembre 2007

Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale

Il n'y a pas de santé sans santé mentale

- La dimension positive de la santé mentale est soulignée dans la définition de la santé telle qu'elle figure dans la Constitution de l'OMS et qui dit que : « 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 ». La santé mentale fait partie intégrante de cette définition.
- Les objectifs et les pratiques auxquels on a recours pour la santé publique et la promotion de la santé peuvent être appliqués tout aussi efficacement à la santé mentale, comme ils l'ont été dans la prévention des maladies infectieuses ou cardiovasculaires par exemple.

La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux

- On peut définir la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.
- Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être et du fonctionnement productif d'un individu et d'une communauté. Ce concept de base de la santé mentale concorde avec l'interprétation large et variée qui en est faite au sein des différentes cultures.
- La promotion de la santé mentale est une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à améliorer la santé mentale. À l'instar de toute promotion de la santé, la promotion de la santé mentale inclut des actions dont le but est de créer des conditions et environnements de vie favorables à la santé mentale et permettant aux gens d'adopter et de maintenir un mode de vie sain. Il s'agit ici notamment d'actions qui augmentent la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale.

La santé mentale est déterminée par des facteurs socio-économiques et environnementaux

- La santé mentale et les troubles mentaux sont déterminés par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples et interdépendants, au même titre que la santé et les maladies en général.
- Les données les plus probantes sont liées à des indicateurs de pauvreté, y compris les faibles niveaux d'éducation, et, dans certaines études, à de mauvaises conditions de logement et de faibles revenus. L'exposition croissante et persistante des individus et des communautés à des difficultés d'ordre socio-économique présente un risque reconnu pour la santé mentale.
- Le fait que dans chaque communauté, les personnes désavantagées sont plus vulnérables face aux troubles mentaux peut s'expliquer par des facteurs tels que l'expérience de l'insécurité et le désespoir, un changement social rapide et le risque de violence ou de mauvaise santé physique.
- La santé mentale passe également par un environnement qui respecte et protège les droits fondamentaux civils, politiques, socio-économiques et culturels. Sans la sécurité et la liberté dont ces droits sont garants, il est difficile de maintenir un niveau élevé de santé mentale.

La santé mentale est liée au comportement

- Les problèmes mentaux, sociaux et de comportement peuvent interagir et intensifier leurs effets sur le comportement et le bien-être.
- L'abus de drogues, la violence et les abus perpétrés à l'encontre des femmes et des enfants d'une part, et les problèmes de santé tels que le VIH/SIDA, la dépression et l'anxiété d'autre part, ont une prévalence plus élevée et sont plus difficiles à surmonter dans un contexte de fort chômage, de faible revenu, de possibilités d'éducation limitées, de travail stressant, de discrimination sexuelle, d'exclusion sociale, de mode de vie à risque et de violation des droits humains.



Renforcer la valeur et la position de la promotion de la santé mentale

- Les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur action à la maladie mentale, mais aussi reconnaître et inclure les grandes questions qui peuvent promouvoir la santé mentale. Il s'agit ici notamment des facteurs environnementaux et socio-économiques susmentionnés, ainsi que du comportement. Pour cela, il faut intégrer la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes du secteur public et du secteur privé, y compris l'éducation, l'emploi, la justice, le transport, l'environnement, le logement et la protection sociale, ainsi que le secteur de la santé. Les décideurs des instances gouvernementales locales et nationales ont un rôle particulièrement important à jouer, car leurs actions ont un impact dont ils ne sont pas nécessairement conscients sur la santé mentale.

Il existe des interventions rentables de promotion de la santé mentale, même dans les populations pauvres

Parmi les interventions peu coûteuses, à fort impact et fondées sur des bases factuelles utilisées pour promouvoir la santé mentale, on peut citer :

- Les interventions dans la petite enfance (p. ex. visite à domicile pour les femmes enceintes, interventions psychosociales avant la scolarisation, interventions combinées nutritionnelles et psychosociales auprès des populations désavantagées) ;
- Assistance aux enfants (p. ex. programmes d'acquisition de compétences, programmes de développement de l'enfant et de l'adolescent) ;
- Autonomisation socio-économique des femmes (p. ex. amélioration de l'accès à l'éducation, microcrédits) ;
- Accompagnement social des personnes âgées (p. ex. initiatives de rencontre, centres communautaires de jour pour les personnes âgées) ;
- Programmes à l'intention des groupes vulnérables, y compris les minorités, les populations autochtones, les immigrants et les victimes de conflits et de catastrophes (p. ex. interventions psychosociales à la suite de catastrophes) ;
- Activités de promotion de la santé mentale dans les écoles (p. ex. programmes de protection de l'environnement dans les écoles, écoles sans risques pour les enfants) ;
- Interventions en santé mentale sur le lieu du travail (p. ex. programmes de prévention du stress) ;
- Politiques de logement (p. ex. amélioration des logements) ;
- Programme de prévention de la violence (p. ex. initiatives de surveillance de quartier) ; et
- Programmes de développement communautaires (p. ex. initiatives « Communities That Care », développement rural intégré).

L'OMS s'associe aux gouvernements pour promouvoir la santé mentale

- Pour mettre ces interventions efficaces en œuvre, les gouvernements se doivent d'adopter un cadre de travail en santé mentale, comme ils l'ont fait dans d'autres secteurs de développement sanitaire et socio-économique, et, de ce fait, d'impliquer tous les secteurs concernés afin d'appuyer et d'évaluer les activités de promotion de la santé mentale.
- L'OMS soutient les gouvernements en leur procurant de la documentation technique et des conseils sur la mise en œuvre des politiques, des plans et des programmes de promotion de la santé mentale.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

WHO Media centre,
Téléphone : +41 22 791 2222,
E-mail : mediainquiries@who.int

Avantages de l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires et obstacles à cette intégration

Comme cela a été démontré dans les sections précédentes, les raisons en faveur de l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires semblent évidentes et essentielles à tous les environnements de soins de santé axés sur les patients, quelle que soit leur forme. La santé mentale et la santé physique sont corrélées ; dans certains pays et communautés, les services de santé mentale sont insuffisants, voire inexistantes ; l'intégration peut permettre de maintenir les coûts de santé à un bas niveau et d'améliorer l'accessibilité des traitements ; et le traitement de tous les problèmes de santé selon une approche globale peut se traduire par l'amélioration de la continuité des soins, ce qui augmente les chances de succès et donne lieu à des résultats plus positifs.

Bien qu'il existe de nombreux modèles et exemples d'intégration de la santé mentale et des soins primaires, nous savons également que de nombreux obstacles entravent le succès de ce concept. Les systèmes de santé, le nombre de médecins, les problèmes financiers, la culture, les problèmes de langue et les nombreux obstacles à l'adoption de ce modèle de soins varient d'un pays et d'une communauté à l'autre.

Dans le guide qu'elle a publié récemment (*Guide sur l'intégration des soins de santé – Unir le corps et l'esprit* (http://www.hogg.utexas.edu/PDF/IHC_Resource_Guide.pdf)) la fondation américaine Hogg Foundation for Mental Health décrit certains des obstacles à l'intégration.

- Les obstacles d'ordre clinique comprennent les différences de culture entre soins primaires et santé mentale, le manque de formation des prestataires, ainsi que le manque d'intérêt des prestataires et la stigmatisation.
- Les obstacles liés à l'organisation comprennent les difficultés de communication et de consultation entre les prestataires du secteur de la santé mentale et ceux du secteur de la santé physique, la séparation physique entre les différents types de prestataires, et la concentration des soins primaires sur le traitement des problèmes aigus.
- Les obstacles d'ordre politique comprennent les barrières réglementaires qui empêchent le partage des informations entre les différents prestataires et les lois qui limitent le type de services que les organisations ont le droit d'offrir.
- Les obstacles d'ordre financier sont complexes et comprennent les questions relatives à l'alignement des mesures incitatives dans le financement de la santé, ainsi que l'impossibilité de facturer les principaux services intégrés.

Pour surmonter les entraves à l'intégration et récolter les bénéfices de l'intégration, nous devons solidariser nos efforts et éliminer ces obstacles. Il est important de savoir ce qui empêche l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires dans votre communauté pour pouvoir inverser la tendance. Les usagers, les praticiens, les organisations de santé, etc. doivent tous s'associer pour former une équipe – la communication, les compromis et la volonté de travailler ensemble peuvent abattre de nombreux obstacles.

Afin d'élargir notre base d'information, nous avons demandé à des professionnels de la santé mentale de nous dire quels sont les obstacles à l'intégration et de quels avantages l'intégration s'accompagne dans leurs pays respectifs. Nous avons reçu des réponses du Moyen-Orient, du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, ainsi que d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Nous espérons que celles-ci vous apporteront des informations complémentaires sur ce sujet par rapport à la situation de votre propre région ou pays.

Formation psychiatrique du médecin de première ligne en hôpital général Amérique du Sud

Rodolfo Fahrner, MD, PhD

En tant que spécialité médicale, la psychiatrie a élargi son champ d'action à la pratique médicale dans son ensemble, que ce soit dans un contexte institutionnel, privé ou communautaire. En conséquence, elle englobe la santé, ainsi que la formation aux aspects biopsychosociaux, psychodynamiques, psychopathologiques et psychothérapeutiques des patients, et les recherches en la matière dans le cadre de la pratique médicale



généraliste ; elle couvre également la relation entre le médecin et les autres professionnels de la santé de l'équipe d'une part, et le patient, la famille, l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique et la communauté d'autre part.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de dispenser les soins en adoptant une approche globale de l'individu et de sa communauté. C'est pour cette raison que la santé mentale doit faire partie intégrante des soins primaires.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent : ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

L'optimisation de l'efficacité des soins de santé primaires passe par la mise en œuvre de moyens acceptables et compréhensibles pour la communauté et que l'équipe de santé est en mesure d'appliquer. À cette fin, l'équipe de santé doit recevoir une formation psychosociale et technique appropriée, dont l'orientation sera déterminée par les besoins de santé de la communauté.

La fourniture de soins de santé mentale par le médecin de première ligne est d'autant plus pertinente que le médecin, en raison de sa position, est l'agent de changement dans les projets de promotion de la santé pour la communauté. Le médecin de première ligne a la possibilité d'instaurer un contact plus continu et plus permanent avec le patient.

Cela reflète bien évidemment la nécessité de former le médecin généraliste à la compréhension et à la prise en charge des problèmes de santé mentale dans les domaines de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Dans tous les pays, on a tenté, sous l'égide de la WPA (Association mondiale de la psychiatrie), de standardiser la formation psychiatrique de premier cycle et d'en améliorer la qualité. Néanmoins, l'enseignement de la psychiatrie varie considérablement d'un pays à l'autre, et même d'une école de médecine à l'autre dans les pays développés. Il est désormais reconnu que de nombreux patients au sein de la communauté, et notamment ceux vus dans le cadre de la médecine générale ou de la pratique généraliste, présentent un certain degré de détresse psychologique.

Certes les possibilités de formation varient, mais la formation psychiatrique proprement dite est dispensée principalement dans trois contextes : lors d'un détachement en psychiatrie dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, lors d'un stage ou par le biais de programmes de FMC.

Le succès d'un modèle de stratégie thérapeutique passe par la formation du médecin de première ligne au traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique initial des principaux problèmes psychosociaux et psychiatriques.

Notre expérience nous a appris que la formation du médecin de première ligne en vue d'améliorer ses connaissances en psychiatrie est un objectif qu'il n'est pas possible d'atteindre par la simple inclusion de cours magistraux sur le sujet dans les cursus médicaux de premier ou second cycle.

Depuis de nombreuses années, notre département de santé mentale de l'hôpital universitaire de Buenos Aires travaille en étroite collaboration avec les médecins de première ligne à la définition de programmes de formation psychiatrique. Ces programmes ont la particularité d'intégrer la théorie à la pratique clinique.

La tendance tend vers des processus d'enseignement actif, et il semble qu'il s'agisse de la bonne direction. « Mieux vaut faire que regarder ». L'expérience est indispensable dans tous les cas (et plusieurs fois valent mieux qu'une). Une supervision étroite et un retour d'informations permanent et sérieux sont essentiels.

Les programmes généraux intégrés de « collaboration » ne peuvent fonctionner que si le psychiatre impliqué est suffisamment motivé dans son rôle de leader au fait des problèmes, s'il adopte une attitude médicale sans équivoque et s'il est en mesure de transmettre son enthousiasme pour une chose qu'il considère assurément comme intéressante et stimulante.

Nous avons également développé plusieurs programmes d'enseignement spécifiques articulés autour de la « collaboration », dans le cadre de programmes cliniques ou de recherche, avec d'autres services de l'hôpital



d'enseignement : soins primaires, chirurgie, médecine interne et pédiatrie. Ce mode d'enseignement n'est possible que si le psychiatre travaille de façon intégrée dans l'hôpital général.

Ce rôle de formation et de recyclage incombe au psychiatre. Celui-ci doit justifier d'une formation solide en psychiatrie clinique, en psychothérapie, en psychopharmacologie et en dynamique sociale, d'une expérience de la méthode expérimentale et de compétences pédagogiques ; il devra par ailleurs être capable de s'intégrer véritablement à des équipes pluridisciplinaires et faire preuve d'un niveau élevé de « bon sens ».

En 2007, nous avons réalisé une enquête sur les psychiatres afin d'évaluer leur avis concernant les médecins de première ligne impliqués dans la prise en charge des patients psychiatriques.

Par ailleurs, cette enquête a permis de déterminer ce qu'ils pensaient de leur travail avec les médecins de première ligne dans ce cadre.

Quarante-quatre psychiatres exerçant en hôpital général ont participé à cette enquête. L'âge moyen de l'échantillon était de 37 ans, et 53 % des répondants étaient du sexe masculin.

Les résultats de cette enquête montrent que plus de la moitié des psychiatres travaillent dans le privé ; certains établissements privés ont aussi des médecins de première ligne (10/30 % de leur temps de travail) ; mais peu de psychiatres consultent les médecins de première ligne (51-70 % de leur temps de travail).

La plupart des psychiatres interrogés s'accordent sur le fait que les médecins de première ligne devraient être directement impliqués dans la prise en charge des patients psychiatriques. Et ils sont également d'accord sur le fait que des psychiatres devraient être disponibles pour consultation dans les contextes de médecine de première ligne.

Pour la quasi-totalité des psychiatres interrogés, le moyen le plus efficace de traiter les patients présentant une psychopathologie est un travail d'équipe entre le médecin de première ligne et le psychiatre. À l'unanimité, ils pensent que la formation du médecin de première ligne devrait inclure un module de psychiatrie.

Ces résultats corroborent le travail que nous réalisons depuis de nombreuses années dans le service de santé mentale de l'hôpital universitaire afin de former le psychiatre pour qu'il devienne le formateur du médecin de première ligne dans un contexte de « collaboration ».

Cette méthodologie implique que le processus d'enseignement et d'apprentissage ait lieu dans le cadre de la pratique médicale quotidienne.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Rodolfo Fahrer, MD, PhD

Professeur émérite, École de médecine, Université de Buenos Aires

Directeur du service de psychiatrie, FLENI (Fundación Lucha contra Enfermedades Neurológicas de la Infancia),

Institut d'étude des sciences neurologiques

Montañeses 2325 C1426AQK Buenos Aires, Argentine


E-mail : fahrer@ciudad.com.ar

Avantages de l'intégration au Moyen-Orient et obstacles à cette intégration

Professeur Omer El Rufaie

Avantages

- 1 Des données probantes reconnues indiquent un fort taux de morbidité psychiatrique non détectée chez les patients pris en charge en soins primaires (principalement anxiété et troubles de l'humeur) et en conséquence :
 - Explorations inutiles, qui peuvent être dangereuses et coûteuses
 - Administration inutile de médicaments
 - Orientation inappropriée vers des établissements spécialisés
 - Multiplication inutile des consultations dans les établissements médicaux
 - Constance de la souffrance et impact négatif sur le fonctionnement de l'individu dans différents domaines

- 
- 2 Comment résoudre le problème de la morbidité psychiatrique non détectée chez les patients pris en charge en soins primaires ?
- Programmes de formation appropriés pour les généralistes, recours à des modèles de formation personnalisés pour chaque groupe de généralistes après évaluation minutieuse de leurs faiblesses et de leurs forces.
 - Utilisation des cliniques de soins primaires psychiatriques comme sites de formation « sur le terrain » pour les généralistes, et pour le personnel infirmier et les agents paramédicaux concernés.
- 3 Cliniques psychiatriques en soins primaires pour :
- Éduquer et former les généralistes à la détection de la morbidité psychiatrique chez leurs patients et à l'initiation d'une prise en charge appropriée.
 - Prise en charge en soins primaires : généraliste seul ou en collaboration avec le psychiatre du centre.
 - Orientation vers un psychiatre, c.-à-d. consultations externes en psychiatrie.
 - Orientation vers le service des urgences, en cas d'urgences, p. ex. risques homicidaires ou suicidaires, etc.
 - Offre de services psychiatriques aux patients envoyés par les généralistes.
 - Programmes de formation pour le personnel infirmier et les agents paramédicaux concernés.

Objectifs ciblés

- Réduction significative de la morbidité psychiatrique non détectée et, par conséquent, services de santé hautement rentables. Aux Émirats arabes unis, nous utilisons les mêmes salles de consultation, personnel administratif, personnel infirmier et système de classement ; autrement dit, le fonctionnement de la clinique psychiatrique au sein du centre de soins primaires n'a donné lieu à aucuns frais supplémentaires.
- Mise en œuvre de la notion de « totalité », c.-à-d. prise en charge simultanée de la santé physique et de la santé mentale des patients.
- Prise en charge des patients psychiatriques dans un environnement détendu et non stigmatisant, en dehors des hôpitaux psychiatriques associés à une stigmatisation qui devrait être épargnée aux patients gravement malades.

Obstacles

- Attitude des preneurs de décision et des responsables des stratégies dans les services de santé, lesquels donnent systématiquement la préférence aux services hospitaliers plutôt qu'à ceux offerts en soins primaires. Par ailleurs, l'attitude à l'encontre de la psychiatrie en général demeure plutôt négative.
- Les généralistes ne disposent pas de connaissances factuelles ni de compétences cliniques suffisantes en psychiatrie. Dans de nombreux cas, cela est dû à la formation initiale qu'ils ont reçue en école de médecine. Cette situation est aggravée par le manque de programmes de FMC ou l'inadéquation de ces programmes.
- Attitude négative ou ambivalente de nombreux généralistes à l'encontre de la psychiatrie.
- Manifestation de nombreuses maladies psychiatriques par des symptômes physiques ; rend les diagnostics psychiatriques, primaires ou comorbides d'autant plus difficiles.
- La définition d'un cas psychiatrique chez les patients vus en soins primaires est sujette à controverse et doit faire l'objet de travaux supplémentaires. L'important est de savoir comment catégoriser les troubles transitoires qui surviennent suite à une maladie physique, un surmenage, une fatigue excessive, c.-à-d. au stress. Il s'agit d'un problème que l'on rencontre couramment chez les patients vus en soins primaires. La CIM-10 permet-elle d'aborder cette question avec satisfaction ? À ce propos, les généralistes et les psychiatres exerçant en soins primaires devront éviter de médicaliser les problèmes sociaux.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Professeur Omer El Rufaie

Directeur, Service de psychiatrie et de science du comportement,

Faculté de médecine et sciences de la santé

Université des Émirats arabes unis

E-mail : ranganathan@uaeu.ac.ae



Services de santé mentale pour les enfants : défis et opportunités au Moyen-Orient

Professeur Valsamma Eapen

Au cours de la première décennie de ce nouveau millénaire, les professionnels de la santé se sont trouvés confrontés à une augmentation rapide du besoin de services de santé mentale pour les enfants et au changement des modèles de prestation de services. Cet état de fait nous donne une opportunité unique d'assurer la disponibilité de services qui n'étaient pas offerts auparavant ou d'améliorer les services existants.

OBSTACLES

(1) Manque de détection de la morbidité mentale chez les enfants vus en soins primaires.

Les problèmes de santé mentale ont une prévalence élevée chez les jeunes mais, en dépit des possibilités de traitement efficace, seulement un tiers des jeunes souffrant de ce type de problèmes reçoivent une aide professionnelle. Le résultat d'une étude sur les préférences en matière de consultation en cas de problèmes de santé mentale chez les enfants réalisée par Eapen et al (2004) aux Émirats arabes unis indique que seulement 37 % des personnes interrogées préfèrent s'adresser à un spécialiste de la santé mentale.

Les obstacles à la consultation d'un professionnel comprennent notamment :

- La stigmatisation sociale associée à la consultation de services de santé mentale.
- La réticence des familles à admettre que leurs enfants présentent un problème de santé mentale.
- La perception négative qu'ont la famille et les amis d'un traitement en santé mentale.
- Le manque de confiance dans l'utilité d'un tel traitement.
- Nombreux sont ceux qui s'adressent aux guérisseurs traditionnels ou choisissent les médecines alternatives avant de consulter des professionnels de la santé mentale.

Parmi les obstacles supplémentaires à la consultation d'un professionnel, on peut citer :


- Difficultés pratiques et logistiques pour accéder aux services
- Coût
- Disponibilité
- Accessibilité des services de santé mentale

Au vu de ces faits, la priorité devrait être donnée aux méthodes d'évaluation et d'intervention qui tiennent compte de la culture, ainsi qu'à la création de services adaptés à l'âge des patients dans les contextes de soins primaires et de médecine scolaire.

(2) Méthodes d'amélioration de la prestation des services dans un contexte communautaire et de soins primaires

La mise en œuvre de programmes de dépistage en santé mentale dans les écoles est un moyen efficace et rentable pour répondre aux besoins d'un pays en termes de santé mentale pour les enfants, quel que soit sa situation économique (Eapen 1999). Les considérations suivantes devront être prises en compte pour un programme de ce type :

- Mise en œuvre à l'aide des ressources existantes et en tenant compte des priorités locales en termes de santé
- Dispositions permettant d'assurer le traitement et les soins en complément du programme
- Intégration du personnel scolaire et du personnel de santé existants à disposition
- Formation des agents de soins primaires, des enseignants et des autres professionnels qui travaillent avec des enfants
- Développement des compétences et de l'assurance du personnel scolaire et du personnel de santé pour la détection des problèmes de santé mentale

- 
- La détection des besoins en santé mentale chez les enfants devra être assortie d'un système d'orientations et de parcours de soins adaptés, ainsi que de la prestation de services de santé mentale.

(3) Comment augmenter l'accessibilité des services de santé mentale pour les enfants

Bien que de nombreux enfants souffrant de problèmes de santé mentale soient en contact avec les services de soins de santé primaires, peu d'entre eux reçoivent une aide appropriée. Dans le cadre d'une étude portant sur les enfants vus dans un contexte de soins primaires aux Émirats arabes unis, il a été observé que 40 % de ces enfants avaient un problème de santé mentale, mais que ce problème n'était identifié par le médecin de première ligne que chez seulement 1 % d'entre eux (Eapen et al 2004). Parmi les raisons expliquant ce manque d'accès aux services de santé mentale, on peut citer :

- L'ignorance des parents en la matière
- Le manque de détection au niveau des agents de soins primaires
- Le manque de ressources et d'opportunités d'orientation vers des services de santé mentale.

Les facteurs déterminant quels enfants accèdent aux services de santé sont les suivants :

- Le type et la sévérité du trouble
- L'éducation et les connaissances des parents en la matière
- L'âge et le sexe de l'enfant
- Les facteurs d'ordre familial et social

Étant donné l'insuffisance et les lacunes constatées dans les services et dans les schémas d'utilisation des services, il est urgent de donner une plus grande priorité au développement des ressources au niveau de la population et des soins primaires, en faisant porter les efforts sur l'éducation à la santé publique et sur l'amélioration de la formation du personnel de soins primaires et de l'accessibilité des services de santé mentale spécialisés.

OPPORTUNITÉS

- Étant donné que dans environ 50 % des cas, l'origine des troubles psychiatriques des adultes remonte à l'enfance et au passage à l'adolescence, les services de prévention devront se concentrer sur cette première partie de la vie grâce à la surveillance des enfants à risques, associée à des stratégies d'intervention précoce.
- Les besoins des enfants en santé mentale sont variés, complexes et changeants selon leur stade de développement, d'où la nécessité de disposer d'approches exhaustives et flexibles, qui permettent d'une part de répondre aux besoins essentiels de la jeune personne, d'aborder l'éducation et le rapport à la famille, ainsi que de préconiser la sécurité, et d'autre part d'identifier les besoins des enfants les plus vulnérables et d'y répondre.
- Le problème actuel de l'accès des enfants et des adolescents aux soins de santé mentale pourrait être amélioré à l'aide de fonds supplémentaires et en changeant la perception des responsables politiques.
- La planification des services de santé doit tenir compte des différences de développement, tout en assurant l'accès au système existant, avec des soins intégrés et mieux ciblés en matière de santé mentale, d'abus de drogues et de protection de l'enfance, et des services de réadaptation professionnelle.

Références :

- Eapen, V. et al. (1999). School Mental Health Screening: a model for developing countries. *Journal of Tropical Paediatrics*, 45, 192-193.
- Eapen, V., Al-Sabosy, M., Saeed, M., & Sabri, S. (2004). Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 51-60.
- Eapen, V., Ghubash R (2004). Mental Health Problems in children and Help seeking patterns in the UAE. *Psychological Reports*, 94: 663-667.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Professeure Valsamma Eapen
Chaire de psychiatrie de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence
University of New South Wales
Sydney, Australie
E-mail : v.eapen@unsw.edu.au



Avantages de l'intégration et obstacles à l'intégration dans le Pacifique occidental

Dr M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP

Introduction

La psychiatrie en contexte de soins primaires est un concept récent selon lequel les connaissances et les compétences peuvent être mises à profit pour permettre à la vaste majorité des quelque 1,6 milliard d'habitants que compte le Pacifique occidental d'accéder à des soins psychiatriques de base. L'enseignement de la psychiatrie dans les écoles de médecine et d'infirmières de la région n'a débuté que dans les années 50. La relégation des hôpitaux psychiatriques dans des « asiles » psychiatriques en dehors des villes, à l'écart de la population, et l'atmosphère d'incarcération et les pratiques restrictives qui caractérisaient ces établissements n'a pas été de bon augure pour l'avenir de la santé mentale en tant que composante de la santé générale. En effet, dans certains pays asiatiques, on appelait les psychiatres des aliénistes, ceux-ci étant effectivement aliénés du contexte traditionnel de soins médicaux, bien que la constitution de l'OMS de 1946 eût clairement défini la santé comme incluant le bien-être mental et social. Là où elle existait, la psychiatrie s'intéressait principalement aux malades mentaux internés dans les hôpitaux psychiatriques et prenait la forme de cours magistraux. L'importance de la prise en charge de la détresse psychologique des patients en contexte de soins primaires et dans des établissements ou services non psychiatriques était minimisée, et la dichotomie entre mental et physique était on ne peut plus inébranlable dans l'esprit et dans les pratiques des médecins et des infirmières.

Quoiqu'il en soit, le lancement par l'OMS d'une version de la CIM pour les soins primaires (CIM-X, Soins de santé primaires) en 1992 fut une décision décisive reconnaissant l'importance des problèmes mentaux d'une moindre sévérité, qui concernaient facilement un quart de tous les patients vus en contexte de soins primaires. Les problèmes mentaux non psychotiques tels que l'anxiété et les problèmes ou maladies dépressifs étaient aussi courants, sinon plus courants, en milieu hospitalier où, souvent, l'orientation vers un psychiatre prenait la forme d'une urgence psychiatrique. En 1997, le lancement du kit CIM-X, Soins de santé primaires marqua, enfin, la reconnaissance de la branche longtemps négligée que constituait la santé mentale en soins primaires et la mise à disposition d'un kit d'information en la matière.

Dix ans se sont écoulés depuis la reconnaissance officielle de l'importance des problèmes psychiatriques en contexte non psychiatrique et, en 2001, le rapport sur la santé dans le monde a une nouvelle fois mis l'accent sur la fourniture des soins de santé mentale en soins primaires, ainsi que sur l'enseignement de la psychiatrie en contexte de soins primaires. Bien que le concept n'ait plus rien de nouveau en 2009, dans l'ensemble sa mise en œuvre au niveau local dans le Pacifique occidental est insatisfaisante pour les 1,6 milliard d'habitants que compte la région.

La réalité de la prestation de soins primaires dans le Pacifique occidental

La pratique proprement dite des soins primaires dans la région est l'un des principaux facteurs responsables de la lenteur, voir de la non-existence, des efforts réalisés pour l'amélioration de la psychiatrie en soins primaires. Le Pacifique occidental est une vaste région très diversifiée, où se côtoient les populations les plus riches et les plus pauvres et où les systèmes de santé varient grandement. Seuls peu de pays offrent un système d'assurance maladie complet, et des millions de personnes sont contraintes de se faire soigner à titre onéreux dans le privé lorsque les services gouvernementaux sont rares ou difficilement accessibles. Cette situation signifie que de nombreux médecins de première ligne travaillent jusqu'à 14 heures par jour, 6 jours par semaine. Ceci leur laisse peu de temps pour une éventuelle nouvelle formation. Le contrôle limité exercé sur les normes de soins par les organismes de surveillance signifie que l'amélioration du taux de détection des problèmes de santé mentale en soins primaires reste faible.

Dans de nombreux pays et pour des raisons économiques ou par manque de fonds pour la formation des médecins, les services de soins primaires sont fournis par des infirmières sans formation médicale, des assistants médicaux ou par des infirmières praticiennes, dont la formation aux soins de santé mentale peut être encore moins appropriée.



Certaines nations des îles du Pacifique ne disposent d'aucun médecin ou infirmière formé en psychiatrie, si bien que même si le prestataire de soins primaires identifie un problème de santé mentale chez un patient, il/elle ne peut s'adresser à personne pour obtenir de l'aide, ni orienter son patient vers un spécialiste. Lorsque des infirmières sont disponibles et qu'elles ont un certain niveau d'expérience en santé mentale, les options de traitement dont elles disposent sont limitées, étant donné qu'elles n'ont pas le droit de prescrire des psychotropes.

Bien que dans le cadre de leur travail, la plupart des médecins et des infirmières soient confrontés à la détresse humaine au quotidien, peu d'entre eux se voient dispenser la moindre formation en counselling pour les personnes souffrant de détresse émotionnelle. Le cursus des écoles d'infirmières et de médecine aborde à peine la façon dont un professionnel de la santé doit gérer le stress et la détresse de ses patients, quel que soit le secteur dans lequel il exerce. Lorsque les patients en détresse sont orientés par les médecins vers une assistante sociale, s'il y en a une, le rôle de ces derniers se limite souvent à la recherche d'un transport, à l'offre d'une aide financière ou à l'obtention de l'accord des proches.

Le fait est que dans la plupart des pays du Pacifique occidental, l'enseignement de premier cycle accorde une place minimale à la santé mentale ou, lorsqu'elle fait partie du cursus, se concentre sur les psychoses et non sur l'anxiété, la dépression ou les maladies liées au stress, qui sont beaucoup plus courantes que les maladies psychotiques. La région compte également peu d'écoles d'infirmières ou de médecine qui enseignent la psychiatrie en contexte de soins primaires à leurs futurs médecins ou infirmières. En conséquence, la plupart d'entre eux considèrent que la psychiatrie se limite aux psychoses et développent peu de compétences pour identifier la détresse humaine chez leurs patients. Le psychiatre, s'il y en existe un disponible dans les environs, ne voit les patients qui souffrent d'anxiété ou de dépression qu'une fois que les symptômes deviennent sévères et que les patients lui sont officiellement adressés. Peu de psychiatres de la région ont entendu parler de la classification CIM-X, Soins de santé primaires et, s'ils la connaissent, peu l'ont enseignée aux prestataires de soins primaires. Le recours à une version simplifiée d'un manuel de psychiatrie n'est pas un moyen adapté de former les prestataires de soins primaires à la détection des problèmes de santé mentale courants en soins primaires.

Les soins psychiatriques dans le Pacifique occidental

Dans de nombreux pays du Pacifique occidental, les hôpitaux ou asiles psychiatriques modernes des années 20 ou 30 issus du colonialisme sont demeurés la base des soins pour les malades mentaux bien au-delà de l'accession de ces pays à l'indépendance, dans les années 50, et n'ont pas été remplacés par les services psychiatriques de courte durée des hôpitaux généraux qui devenaient la norme dans de nombreuses autres régions du monde. Cet état de fait a donné lieu à la position quasi-inébranlable dont jouissent aujourd'hui les grands hôpitaux psychiatriques, même dans les pays relativement riches du Pacifique occidental. Par ailleurs, il a freiné la croissance de la psychiatrie en soins primaires, étant donné que même les médecins considèrent la « vraie » psychiatrie comme celle dont la pratique requiert un hôpital psychiatrique.

Dans de nombreux pays, le rapport psychiatre/population est de 1 pour 250 000, et la plupart des services de psychiatrie sont offerts dans les grands centres urbains. En effet, dans certains pays il n'y a aucun psychiatre dans les centres ruraux. Bien que la plupart des pays d'une certaine taille disposent de leurs propres programmes de formation en psychiatrie et en soins psychiatriques, le nombre de personnes formées est faible comparé aux besoins de ces pays. Il y a très peu de psychiatres pour enfants et adolescents, bien que les jeunes constituent plus de la moitié de la population dans de nombreux pays en voie de développement. Le peu de psychiatres dont nous disposons sont souvent surchargés, non seulement par les soins aux malades graves et chroniques, mais aussi par une très lourde charge administrative et bureaucratique, qui les prive de toute opportunité de développement de carrière et de formation des autres professionnels de la santé à la psychiatrie en soins primaires.

Étant donné la faible priorité qui lui est accordée dans les plans de santé de nombreux pays en voie de développement, la psychiatrie souffre d'un manque chronique d'investissements en ressources humaines et matérielles. Ainsi, la pénurie de médicaments et l'absence de nouveaux médicaments, et la pénurie chronique de personnel formé en santé mentale sont des caractéristiques courantes dans de nombreux pays à faible revenu du Pacifique occidental.



Opportunités d'amélioration de l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires

En dépit des situations apparemment impossibles dans un grand nombre de pays en voie de développement du Pacifique occidental, de nombreuses opportunités ne demandent qu'à être saisies. L'une de ces opportunités est la présence très importante d'un grand nombre d'infirmières diplômées d'état ou d'infirmières stagiaires en 3e année dans tous les pays de la région. Tandis que le nombre de médecins est bas et que ceux-ci exercent généralement dans les hôpitaux, les infirmières, elles, sont réparties dans toutes les zones urbaines et rurales du pays. Nombre d'entre elles ont une formation de sage-femme et sont également formées au travail de soins, mais aussi à la prévention et au travail communautaire. Elles sont également nombreuses à posséder les compétences nécessaires à la résolution des crises familiales. Malheureusement, leur formation en santé mentale, le cas échéant, est insuffisante et inappropriée pour prendre en charge les problèmes quotidiens d'anxiété ou de dépression que peuvent présenter les patients vus en soins primaires.

Par ailleurs, on compte également une variété d'auxiliaires médicaux de second niveau, tels que les conseillers sanitaires, et les « feldshers », dont la formation médicale peut atteindre jusqu'à 4 ans et qui travaillent dans les zones rurales reculées en tant que prestataires de soins primaires, mais qui n'ont pas non plus de formation de base à la prestation de soins de santé mentale dans un contexte de soins primaires.

Enfin, il existe une variété de cours de formation de courte durée à l'intention des bénévoles, des sages-femmes traditionnelles, des auxiliaires médicaux et des aides-soignants qui exercent déjà en soins primaires, mais n'ont pas de compétences de base en soins de santé mentale. Toutes ces ressources humaines possèdent une formation médicale de base et se trouvent souvent en première ligne de la prestation des soins de santé dans les pays en voie de développement de la région, mais demeurent privées de la possibilité d'inclure la santé mentale dans leur travail quotidien ou n'ont pas les qualifications nécessaires pour pouvoir le faire. Les détracteurs des services de santé mentale, se basant souvent sur leur compréhension limitée de la santé mentale en contexte de soins de santé primaires, soutiennent que les infirmières et les autres agents de santé susmentionnés sont déjà « surchargés de travail et ne peuvent tout simplement pas fournir ce service supplémentaire ». Quelque part, il semble plus facile d'oublier la définition de 1946 de l'OMS. La formation des infirmières donne la priorité aux nouvelles maladies telles que le SRAS et le VIH-SIDA et néglige la santé mentale.

Les cours de formation en santé mentale dans le contexte des soins primaires ne requièrent ni investissements énormes, ni compétences ou équipements sophistiqués. Au cours de ces 10 dernières années, des cours de 3 à 4 jours ont été organisés à l'intention des généralistes, des infirmières et des bénévoles au Cambodge, en Mongolie, en République populaire de Chine, en Malaisie, aux Philippines, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux îles Salomon, à Vanuatu, aux Fidji et dans les îles Cook, avec des fonds très limités et un effet durable. Mais les fonds disponibles à cet effet sont très rares et l'intérêt que ces cours suscitent est très limité dans les plus hautes sphères, de sorte qu'une partie non négligeable de la formation est dispensée sur la base du volontariat et ne couvre pas le personnel de santé de tout le pays.

En 2008, le ministère de la santé mongolien, avec l'aide du bureau mongolien de l'OMS et de plusieurs ONG, a organisé un cours de quatre jours visant à former des formateurs en psychiatrie dans un contexte de soins primaires. Les participants, pour la plupart des psychiatres, ont été formés à une série de thèmes relatifs à la psychiatrie en soins primaires qu'ils devraient enseigner par la suite aux agents de soins primaires. L'idée est de former d'autres formateurs et d'assurer la formation des prestataires de soins primaires dans ce vaste pays qu'est la Mongolie, avec l'aide de l'OMS et d'un certain nombre d'autres agences.



CONCLUSIONS

1. Il est clair que la santé mentale peut et doit être intégrée aux soins de santé primaires si l'on veut que les services de santé de la région souscrivent réellement à la définition de la santé de l'OMS donnée à l'Article 1, ligne 2 de sa constitution de 1946. Quoiqu'il en soit, les progrès de l'intégration sont très lents, voire non existants, en raison de l'ignorance et des préjugés omniprésents et parfois institutionnalisés.

2. Et pourtant, le processus de mise en place de cette intégration si nécessaire n'est pas seulement simple et peu coûteux, mais peut en plus débiter immédiatement, comme cela a été fait ad-hoc dans certains pays. Le défaut de volonté administrative actuel constitue la plus grande entrave à sa progression. Les fonctionnaires de la région, tous niveaux confondus, semblent ne pas réaliser l'importance des besoins en santé mentale des populations de cette vaste région, qui compte 1,6 milliard d'habitants et 37 pays et territoires.

3. Au vu de la volonté et des petites sommes investies dans la formation et les ressources humaines, cet aspect longtemps négligé des soins de santé peut être amélioré immédiatement afin de concrétiser la vision à laquelle les auteurs de la définition de la santé de l'OMS aspiraient déjà il y a plus de six décennies.

Références :

Constitution de l'OMS de 1946, Article 1, ligne 2

CIM X de l'OMS, Soins de santé primaires, 1992

CIM X de l'OMS, Soins de santé primaires, 1997

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Dr M Parameshvara Deva, FRCPsych, FRANZCP

Psychiatre consultant à l'hôpital spécialisé de KPJ Selangor

40300 SHAH ALAM, MALAISIE

Fondateur de l'Asian Federation of Psychiatric Associations, AFPA

devaparameshvara@yahoo.com

Appel à l'action : le rôle du plaidoyer dans l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires

Gabriel Ivbijaro, Wonca

Dans l'ensemble, l'espérance de vie s'améliore partout dans le monde. Néanmoins, les progrès en soins de santé mentale ne suivent pas le même rythme et sont irréguliers. De nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont toujours sujettes à la stigmatisation et à la discrimination. Elles n'ont pas ou peu accès aux services de santé générale et de santé mentale, et leur espérance de vie s'en trouve réduite.

Il n'y a pas de santé sans santé mentale et personne n'est à l'abri de la maladie mentale. Nous devons tous nous associer pour combler l'écart entre la réalité et les aspirations et entre les riches et les démunis, ainsi que pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination qui continuent à nous poursuivre dans nos rôles de professionnels et d'usagers des services concernés par la santé mentale.

Le rapport « **Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais** » (OMS, 2008) confirme que les soins primaires manquent de ressources et sont insuffisants dans le monde entier. Nous ne pouvons plus nous permettre de négliger les soins primaires, ni les besoins et le point de vue des usagers des services. Le document intitulé « **Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale** » (OMS/Wonca 2008) nous a permis de concentrer notre attention sur les problèmes et les souffrances auxquels les usagers des services doivent faire face lorsque la santé mentale n'est pas incluse dans les soins primaires. Ce document est également une célébration des succès et expériences que les usagers connaissent grâce à l'intégration de la santé mentale.

Toutes les parties prenantes doivent travailler au coude à coude pour atteindre les objectifs fixés et répondre aux aspirations de tous les usagers et de leurs familles. Nous appelons tous les pays, gouvernements, individus, associations de défense des droits humains et organisations non gouvernementales (ONG), toutes les écoles et facultés de médecine familiale et tous les professionnels du corps infirmier et autres professionnels de la santé à se mobiliser pour défendre la santé mentale et, avec les usagers des services de santé mentale de par le monde, à reconnaître que la santé mentale est essentielle pour assurer une approche holistique et axée sur la personne en soins primaires :

En exigeant que la santé mentale soit considérée comme élément essentiel des soins primaires et de la médecine familiale et qu'elle soit incluse dans tous les services de soins primaires

En rappelant que la santé mentale est un élément clé des services de soins de santé primaires là où ils existent

En émancipant les individus et les usagers des services de santé mentale par la reconnaissance et le soutien de leurs efforts d'auto-soins et de sensibilisation

En reconnaissant la validité des soins dans l'environnement le moins restrictif possible, ainsi que le rôle de la famille et du soutien de la communauté en tant que premier principe de toute intervention ou traitement en santé mentale

En reconnaissant le rôle crucial que jouent les interventions et ressources psychologiques, sociales et environnementales dans la santé mentale pour tous, et la nécessité de promouvoir l'accès pour tous

En assurant que la formation en santé mentale soit favorisée et proposée à tous ceux qui travaillent dans le secteur des soins primaires

En garantissant la disponibilité des pharmacothérapies essentielles pour tous les usagers des services de santé mentale qui en ont réellement besoin

En exigeant que soit mis fin à la stigmatisation et à la discrimination qui entourent la santé mentale, ainsi qu'en protégeant et contrôlant le respect des droits humains de tous

En favorisant la prestation de services spécialisés et le soutien à ces services pour tous ceux dont les besoins ne peuvent être satisfaits par le secteur des soins primaires seul

En garantissant la continuité des soins, par l'intermédiaire des soins primaires, pour les personnes confrontées à des difficultés de santé mentale



La Journée mondiale de la santé mentale 2009 nous donne l'opportunité de réaffirmer les avantages associés à l'intégration de la santé mentale aux soins primaires. Cet Appel à l'action 2009 reconnaît qu'un individu seul ne peut pas atteindre l'objectif de santé mentale pour tous. Trouver la force nécessaire et réaliser des progrès passe par la communication, la collaboration et l'adoption des principes de respect, de dignité et d'humanité dans tous les secteurs et dans tous les groupes.

Dans la plupart des systèmes de santé, les soins primaires constituent le premier point de contact formel avec les services de santé. Ceux qui travaillent dans ce secteur doivent se considérer comme les ambassadeurs et les défenseurs des usagers et agir en conséquence. Ceux qui sous-traitent les services de soins primaires doivent inclure la santé mentale comme élément clé de ces services et reconnaître et financer les éléments importants que sont les auto-soins et la sensibilisation.

N'oubliez pas, personne n'est à l'abri des troubles d'ordre mental. Ni vous, ni vos proches. Nous avons tous droit à des soins d'une qualité aussi élevée que possible.

Ce que vous pouvez faire maintenant

La Journée mondiale de la santé mentale 2009 vous donne l'opportunité de faire entendre votre voix.

Usagers des services, leurs familles, leurs aidants et leurs défenseurs. Passez aux actes et envoyez un exemplaire de cet Appel à l'action 2009 à tous les prestataires de santé de votre région, y compris aux professionnels de la santé, aux politiciens, aux œuvres de charité et aux autres organisations non gouvernementales. Demandez-leur comment ils ont l'intention de concrétiser cet Appel à l'action 2009. Demandez à participer à la définition des soins de santé et de leurs modes de prestation : c'est votre droit le plus strict !

Agents et équipes de soins de santé primaires. Évaluez votre position par rapport aux principes énoncés dans l'Appel à l'action 2009. Développez des plans de mesures pratiques visant à combler les lacunes identifiées.

Ordres professionnels. Faites participer vos membres et évaluez votre position par rapport aux principes énoncés dans l'Appel à l'action 2009. Développez des plans de mesures pratiques visant à combler les lacunes identifiées.

Ceux qui sous-traitent les services de santé. Revoyez sans délai votre cahier des charges afin d'assurer que les contrats soient conformes aux principes de l'Appel à l'action 2009.

Gouvernements, politiciens et leaders d'opinion. Demandez à ceux qui sous-traitent les services de santé et aux prestataires de santé de vous prouver qu'ils satisfont aux principes de l'Appel à l'action 2009.

N'ATTENDEZ PLUS POUR AGIR, REJOIGNEZ-NOUS !

Références :

OMS/Wonca. *Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Dr Gabriel Ivbijaro MBBS, FRCGP, FWACPpsych, MMedSci, MA

Président, Wonca Working Party on Mental Health, Rédacteur en chef, Mental Health in Family Medicine,

Directeur médical, Waltham Forest Community & Family Health Services

The Wood Street Medical Centre

6 Linford Road, London E17 3LA

United Kingdom

Email : gabriel.ivbijaro@nhs.net

www.globalfamilydoctor.com



RÉFLEXION — Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : réassignation des tâches en vue d'une amélioration des services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Professeur Vikram Patel

En 2008, le monde a commémoré le 30^e anniversaire de la déclaration décisive signée à Alma-Ata par 134 pays, qui s'étaient ainsi engagés à assurer la « santé pour tous d'ici à l'an 2000 » grâce au renforcement des systèmes de soins primaires. Le monde est loin d'avoir atteint cet objectif, mais la déclaration a marqué un moment significatif pour la santé mondiale, puisqu'elle soulignait la grande importance que revêtent les soins de santé de proximité, et la nécessité d'intégrer les interventions de prévention et de promotion de la santé aux soins médicaux et de considérer la santé mentale comme une partie intégrante de la santé.

À l'occasion de cet anniversaire, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la World Organization of Family Doctors (WONCA) ont publié un rapport donnant une vision globale de l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. L'année précédente, le Lancet avait publié une série d'articles afin d'attirer l'attention du monde sur les lacunes énormes auxquelles les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées en termes de traitement dans la plupart des pays, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les soins de santé primaires ont été identifiés comme l'environnement le plus important pour la prestation de soins de santé visant à combler ces lacunes. C'est dans le contexte de ces événements mondiaux majeurs que le thème de la Journée mondiale de la santé mentale de cette année est d'une importance cruciale.

J'ai décidé de limiter la présente réflexion aux considérations spécifiques que sont les moyens d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires, avec pour objectif l'amélioration des interventions fondées sur des bases factuelles dans la prise en charge des troubles mentaux, l'appel à l'action de la série d'articles du Lancet sur la santé mentale dans le monde et les objectifs du mouvement pour la santé mentale dans le monde lancé à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale 2008 (www.globalmentalhealth.org). Cet appel à l'action répond directement au message principal de l'aspiration exprimée dans la déclaration d'Alma-Ata, à savoir la santé pour tous, fondée sur les principes d'égalité et de justice sociale, de participation de la communauté, d'utilisation appropriée des ressources et d'action intersectorielle.

Le rapport OMS/WONCA procure une excellente analyse et une synthèse des stratégies requises pour intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires (Encadré 1). Toutefois, nous devons relever deux défis fondamentaux si nous voulons une intégration à la fois réaliste et durable.

Le premier est la tension qui existe entre les initiatives horizontales de renforcement (c.-à-d. le renforcement des systèmes de santé) et les programmes verticaux (p. ex. les programmes de soins de santé mentale).


Le second est la tension qui existe entre les soins de proximité, impliquant des agents de santé non professionnels ou moins spécialisés, et les spécialistes qui exercent en établissement.

Dix stratégies sous-tendant l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires

(Source : rapport OMS-WONCA sur l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires)

- Les politiques et les plans doivent incorporer la notion de prise en charge de la santé mentale en soins primaires.
- Le plaidoyer est nécessaire pour changer les attitudes et les comportements.
- Les agents de soins primaires doivent être formés en conséquence.
- Les tâches confiées aux agents de soins primaires doivent être limitées et réalisables.
- Des professionnels et établissements spécialisés en santé mentale doivent être disponibles pour soutenir les soins primaires.
- Les patients doivent avoir accès aux principaux psychotropes en soins primaires.
- L'intégration est un processus et non un événement.
- Il est crucial d'avoir un coordinateur des services de santé mentale.
- Une collaboration avec les secteurs gouvernementaux autres que les secteurs de la santé, les ONG, les agents de santé de village et communautaires, ainsi qu'avec les travailleurs bénévoles est nécessaire.
- Des ressources financières et humaines sont requises.

Bien que nous exprimions le besoin d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires d'une seule voix, cela signifie-t-il que nous préconisons l'inclusion d'une composante de soins primaires dans un programme vertical de santé mentale ou plutôt un programme exhaustif de soins primaires dans lequel la santé mentale serait une composante importante ?



Étant donné l'extrême insuffisance des systèmes de soins primaires dans de nombreux pays, particulièrement en termes de ressources humaines et d'interventions de santé les plus fondamentales, la première approche a peu de chances de réussir. Traditionnellement, les agents de soins primaires considèrent les soins de santé mentale comme exclus de leur travail quotidien, et tout programme vertical de santé mentale continuera de perpétuer cette perspective.

D'un autre côté, sans programme vertical, on court le risque de voir la santé mentale disparaître de l'ordre du jour face à l'âpre compétition que se livrent les autres interventions de santé pour des ressources limitées. Ainsi et tout bien considéré, la stratégie la plus réalisable devra donc consister à soutenir un programme vertical pour l'allocation des ressources (et plus particulièrement des ressources financières), mais à insister pour que ces ressources soient utilisées par l'intermédiaire des systèmes de soins de santé primaires existants, afin de renforcer le système plutôt que de créer un système parallèle de soins de santé mentale. Le rapport OMS/WONCA procure d'excellents exemples d'études de cas relatives à une intégration de ce type.

Le second défi concerne les préoccupations émises par les spécialistes de la santé mentale à propos de la délégation des soins de santé mentale à des non-spécialistes et plus particulièrement concernant la qualité des soins communautaires ainsi dispensés.

Dans de nombreux pays du monde, cette préoccupation n'a pas lieu d'être car il n'existe de toute façon ni spécialistes, ni établissements pour dispenser les services de santé mentale. Même lorsqu'ils existent, ils sont rares, inégalement répartis, moins accessibles aux pauvres et aux groupes marginalisés, souvent inabordables, associés à la stigmatisation et, dans certains cas, à une violation profonde des droits humains fondamentaux. Alors pour relever ce déficit et pour des raisons d'acceptabilité, de faisabilité et d'accessibilité financière, les soins de santé mentale ne peuvent être dispensés en première ligne que par des non-spécialistes. Mais disposons-nous de modèles qui indiquent comment mettre cela en œuvre efficacement et sans risque ?

La réaffectation des tâches, qui fait référence à la redistribution des tâches de soins au sein des équipes de santé, est une méthode particulièrement privilégiée aujourd'hui pour pallier la pénurie de spécialistes de santé.

Lorsque cela est approprié, des tâches spécifiques qui étaient confiées à des agents de santé hautement qualifiés sont transférées à des agents de santé dont la formation et les qualifications sont inférieures, afin de rationaliser l'utilisation des ressources humaines disponibles pour la santé. Les bases factuelles en faveur de la réaffectation des tâches en santé mentale dans les pays en voie de développement sont de plus en plus nombreuses et cohérentes. La série d'études de haute qualité réalisées en vue d'évaluer de tels mécanismes de prestation sont le pivot des nouvelles initiatives mondiales mentionnées précédemment. Ainsi, nous savons désormais que les non-professionnels et les agents de santé communautaires peuvent être formés à des interventions psychologiques et psychosociales pour les personnes qui souffrent de troubles dépressifs ou de l'anxiété, de schizophrénie et de démence, dans une variété de pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'un des éléments cruciaux de ces réaffectations de tâches, qui constitue également un changement d'orientation significatif par rapport aux efforts passés d'amélioration de la prise en charge de la santé mentale en soins primaires, est le rôle que doivent jouer les spécialistes de la santé mentale, et qui va bien au-delà de la phase de formation, pour assurer la supervision continue, l'assurance qualité et le soutien aux agents de santé communautaires.

« Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires » est un slogan scandé depuis de nombreuses décennies, mais cet objectif n'a été atteint que dans une mesure limitée, en partie à cause des défis mentionnés dans cette réflexion (bien entendu il en existe d'autres, notamment le manque d'intérêt que manifestent les politiques à l'égard de la santé mentale).

Nous disposons désormais de bases factuelles relativement solides sur la façon d'améliorer les services de prise en charge des troubles mentaux en soins primaires tout en contribuant au renforcement du système de soins primaires. Le rôle des non-spécialistes, et en particulier des agents de santé primaires et communautaires, est au cœur de cette stratégie, et les spécialistes doivent jouer un rôle plus important en santé publique afin que l'aspiration de santé mentale pour tous devienne réalité.

Lectures recommandées ¹⁻⁴

1. Organisation Mondiale de la Santé et WONCA. *Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaire: une vision globale*. Genève : OMS, 2008.
2. Lancet Global Mental Health Group. *Scaling up services for mental disorders-a call for action*. *Lancet* 2007;370:1241-1252.
3. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care*. *Lancet* 2008;372(9642):940-9.
4. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. *Primary health care: making Alma-Ata a reality*. *Lancet* 2008;372(9642):1001-7.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :
Professeur Vikram Patel, PhD, London School of Hygiene & Tropical Medicine
Via - Sangath Centre, Porvorim, Goa, India 403521
Email: vikram.patel@lshtm.ac.uk
www.globalmentalhealth.org

COMMUNICATION ET PUBLICITÉ

Pour votre usage personnel et à titre d'information, la Fédération mondiale pour la santé mentale a réuni des exemples de communiqués de presse, une proclamation officielle pour la Journée mondiale de la santé mentale et un nouveau document intitulé « Marche pour la santé mentale ».

N'hésitez pas à utiliser cette documentation pour renforcer la promotion autour des événements que vous avez prévus à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale. Le meilleur moyen de réduire la stigmatisation et la discrimination est de toucher un public aussi large que possible à l'aide d'outils de sensibilisation efficaces. La publication d'articles dans les journaux locaux, l'organisation de marches et la signature de la proclamation en public peuvent conférer une grande importance et un impact durable à votre événement.

Dans la section suivante, vous trouverez :

Un exemple de proclamation pour la Journée mondiale de la santé mentale

Un communiqué de presse à publier à l'occasion de la signature de la proclamation

Un communiqué de presse d'ordre général

Un exemple d'article/de lettre à l'éditeur

Un document intitulé « Marche pour la santé mentale »



JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2009

EXEMPLE DE PROCLAMATION

ATTENDU QUE plus de 450 millions d'individus dans le monde souffrent d'une maladie mentale et pourraient bénéficier d'un diagnostic précoce, et de traitements et d'une aide appropriés ;

ATTENDU QUE moins de la moitié des personnes qui pourraient bénéficier d'un diagnostic précoce et d'un traitement pour une maladie mentale reçoivent un quelconque traitement ou soin ;

ATTENDU QUE les maladies mentales, telles que les troubles de l'anxiété, la dépression majeure, les troubles bipolaires et la schizophrénie figurent parmi les principales causes de baisse de rendement au travail et de problèmes familiaux, et contribuent largement à la morbidité mondiale lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées ni traitées de manière appropriée ;

ATTENDU QU'en dépit de ces statistiques de santé frappantes et du coût humain qu'elles représentent, le grand public, les systèmes de santé générale, de même que les responsables politiques élus et nommés n'accordent qu'une attention limitée à la santé mentale, ce qui se traduit par le faible niveau de priorité accordé à ces troubles ;

ET ATTENDU QUE la Fédération mondiale pour la santé mentale a choisi pour thème de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 « *La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale* », et qu'elle encourage vivement à accroître les efforts et les actions visant à améliorer la disponibilité de services de santé mentale justes et adaptés, par l'intermédiaire des services et établissements de santé primaire, pour ceux qui souffrent de graves problèmes et troubles mentaux ;

PAR CONSÉQUENT, JE SOUSSIGNÉ(E) _____, _____ (TITRE) _____
DE _____ (VILLE / PAYS / ORGANISME / MINISTÈRE) _____ **PROCLAME PAR LA**
PRÉSENTE LE 10 OCTOBRE 2009 COMME ÉTANT LA DATE DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
MENTALE À _____ **VILLE / PAYS** _____ **et encourage vivement toutes les**
organisations, gouvernementales ou non, intervenant dans le domaine de la santé mentale, à travailler de
concert avec les représentants publics, élus ou nommés, afin d'informer le public pour qu'il comprenne
et accepte mieux les maladies mentales et les personnes qui en souffrent ; à promouvoir de meilleures
politiques publiques visant à améliorer, par l'intermédiaire du système de soins de santé primaires,
les services de diagnostic, de traitement et de soutien offerts à ceux qui en ont besoin ; et à réduire la
stigmatisation et la discrimination qui entourent encore ces maladies et qui barrent trop souvent l'accès
aux services et à l'assistance à disposition pour les personnes souffrant de problèmes mentaux.

En outre, j'invite tous les citoyens à rejoindre et à aider les organisations non gouvernementales locales, régionales et nationales qui œuvrent pour faire de la santé mentale une priorité dans les communautés de notre pays.

Ensemble, nous pouvons faire une différence et promouvoir le droit à une bonne santé mentale pour tous !

Signature _____ **Titre** _____

Ministère/Bureau/Agence _____ **Date** _____

(CACHET)



EXEMPLE DE COMMUNIQUÉ DE PRESSE À PUBLIER À L'OCCASION DE LA SIGNATURE DE LA PROCLAMATION POUR LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE

Le 10 octobre 2009

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE

_____ MAIRE (OU AUTRE REPRÉSENTANT OFFICIEL) DE _____ (ville ou pays) _____
PROCLAME LE 10 OCTOBRE COMME ÉTANT LA DATE OFFICIELLE DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
MENTALE À _____ (lieu) _____

Monsieur/Madame _____ (nom), _____ (titre / intitulé du poste de la personnalité officielle) _____,
désigne la journée du 10 octobre comme Journée mondiale de la santé mentale 2009 à _____ (lieu) _____
par la signature de la proclamation émise par (organe législatif, bureau, ministère).

La cérémonie de signature de la proclamation, à laquelle ont assisté (membres de l'organisation, personnalités officielles, dirigeants locaux et particuliers, etc.) a été organisée par _____ (organisation ou agence) _____.

La proclamation invite instamment toutes les organisations, gouvernementales ou non, à travailler main dans la main avec les responsables politiques et les personnalités officielles, élus ou nommés, dans le but de promouvoir des services de santé mentale adaptés et équitables en soins primaires et de faciliter l'accès à ces services pour les personnes souffrant de problèmes ou troubles de la santé mentale graves, tels que la schizophrénie, les troubles de l'anxiété, les troubles bipolaires et la dépression. Elle souligne également la nécessité pour tous les membres de la communauté de mieux comprendre les troubles mentaux et de participer à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui persistent autour des maladies mentales et des personnes qui en souffrent.

Le thème de la Journée mondiale de la santé 2009 est « *La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale* » et reflète la tendance significative qui consiste à transférer le diagnostic en santé mentale, ainsi que le traitement et les soins dispensés en cas de maladie mentale, du système traditionnel séparé, mais inadapté, de prestation de services de santé mentale vers le système de santé général.

Depuis 1992, la Journée mondiale de la santé mentale est organisée tous les ans par la Fédération mondiale pour la santé mentale. C'est la seule campagne mondiale annuelle de sensibilisation axée sur la santé mentale et les troubles mentaux. Aujourd'hui, elle est célébrée le 10 octobre dans plus de 100 pays et donne lieu à des événements et des programmes commémoratifs au niveau national, régional et local.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE D'ORDRE GÉNÉRAL À PUBLIER À L'OCCASION DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2009

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE

(Date)

CAMPAGNE MONDIALE DE SENSIBILISATION POUR LA 17^{ème} JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE AFIN DE SOULIGNER LA NÉCESSITÉ DE PORTER UNE ATTENTION ACCRUE À LA SANTÉ MENTALE EN SOINS PRIMAIRES

La campagne de sensibilisation de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 sera articulée autour du thème « **La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale** ». Ce thème reflète l'une des tendances de plus en plus importantes observées dans le traitement des maladies mentales de par le monde. La campagne vise à attirer l'attention du monde entier sur le nombre croissant d'informations et de connaissances consacrées à l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires et à communiquer ces informations aux patients/usagers, aux proches/aidants ainsi qu'aux associations de défense de la santé mentale et de sensibilisation à la santé mentale œuvrant sur le terrain partout dans le monde. Ceci témoigne d'une tendance significative de transfert du diagnostic, du traitement et des soins en santé mentale du système traditionnel séparé, mais inadapté, de prestation de services de santé mentale vers le système de santé général.

Depuis 1992, la Journée mondiale de la santé mentale est organisée tous les ans par la Fédération mondiale pour la santé mentale. C'est la seule campagne mondiale annuelle de sensibilisation axée sur la santé mentale et les troubles mentaux. Aujourd'hui, elle est célébrée le 10 octobre dans plus de 100 pays et donne lieu à des événements et des programmes commémoratifs au niveau national, régional et local.

La publication du rapport « **Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale** » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la World Organization of Family Doctors (Wonca) en septembre 2008 a marqué une étape décisive dans la promotion des efforts d'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires à l'échelle mondiale. Dans le message d'introduction de ce rapport, le Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, et le Professeur Chris van Weel, Président de Wonca, présentent les arguments en faveur de tels efforts :

« Les soins primaires s'articulent avant tout autour des gens. Et l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires est le moyen le plus viable d'assurer que tous ont accès aux soins de santé mentale dont ils ont besoin. Les usagers peuvent accéder à des services de santé mentale plus proches de leur domicile, leur permettant ainsi de rester avec leur famille et de poursuivre leurs activités quotidiennes. Par ailleurs, ils n'ont pas à supporter les coûts indirects associés aux soins spécialisés souvent dispensés loin de chez eux. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires minimise la stigmatisation et la discrimination, et élimine également le risque de violation des droits humains qui peut exister dans les hôpitaux psychiatriques. De plus et comme ce rapport va le démontrer, l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires permet d'assurer un bon niveau de santé à un coût raisonnable. Néanmoins, les systèmes généraux de soins primaires doivent être renforcés avant qu'une intégration de la santé mentale ne puisse effectivement produire les résultats attendus. » (Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale ; © Organisation Mondiale de la Santé et World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008, page vii)



La Journée mondiale de la santé mentale 2009 sera l'occasion de souligner les opportunités et les défis que l'intégration des services de santé mentale aux systèmes de prestation de soins de santé primaires présente pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou en mauvaise santé mentale, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour les professionnels de la santé.

À l'instar des années précédentes, la Journée mondiale de la santé mentale 2009 se concentrera sur le rôle crucial que les organisations de défense de la santé mentale, de patients/usagers et de familles/aidants ont à jouer dans le façonnement de ce mouvement majeur de réforme de la santé générale et de la santé mentale. Leur engagement pour une défense proactive, informée et soutenue est nécessaire afin d'assurer que le mouvement vers l'intégration permettra d'améliorer, sans disparité géographique, l'accès à des services adaptés, abordables et de qualité pour les personnes souffrant de maladies mentales et de troubles émotionnels.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE POUR LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE. À ADAPTER ÉVENTUELLEMENT POUR UNE UTILISATION LOCALE EN Y AJOUTANT DES INFORMATIONS SUR LES MANIFESTATIONS DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE, DES CITATIONS D'EXPERTS OU DE PERSONNALITÉS ÉMINENTES DE LA RÉGION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE, ETC.



EXEMPLE D'ARTICLE DE FOND, D'ÉDITORIAL OU DE LETTRE À L'ÉDITEUR


LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2009 SOULIGNE LA NÉCESSITÉ DE PORTER UNE ATTENTION ACCRUE À LA SANTÉ MENTALE EN SOINS PRIMAIRES

La campagne de sensibilisation de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 sera articulée autour du thème « **La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale** ». Le thème de cette année répond à la nécessité continue de « faire des problèmes de santé mentale une priorité dans le monde » et souligne le fait trop souvent négligé que la santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être d'ensemble de chaque personne. Les maladies mentales ne choisissent pas leurs victimes ; elles frappent au hasard, sans distinction de culture ou d'âge. Les maladies mentales ont un impact énorme sur la santé physique des personnes qui en sont atteintes. Le thème de la campagne vise à attirer l'attention du monde entier sur le nombre croissant d'informations et de connaissances consacrées à l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires et à communiquer ces informations aux patients/usagers, aux proches/aidants ainsi qu'aux associations de défense de la santé mentale et de sensibilisation à la santé mentale œuvrant sur le terrain partout dans le monde. Ceci témoigne d'une tendance significative de transfert du diagnostic, du traitement et des soins en santé mentale du système traditionnel séparé, mais inadapté, de prestation de services de santé mentale vers le système de santé général.

L'engagement des « usagers » des services de santé mentale, de leurs familles qui, souvent, assument seules la responsabilité d'aider les personnes atteintes d'une maladie mentale à vivre au sein de la communauté, et des défenseurs de la santé mentale, qui tentent d'influencer les politiques en la matière, est crucial en ces temps de changement, de réforme et de pénurie de ressources. La campagne organisée dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 aura pour principal objectif d'informer les acteurs de la santé mentale œuvrant sur le terrain et de leur donner les moyens d'assurer que la santé mentale et les maladies mentales soient considérées comme parties intégrantes d'un bon état de santé général et des services appropriés. L'une des principales préoccupations, devant absolument être abordée dans le plaidoyer, est le risque que l'adéquation et l'efficacité du diagnostic, du traitement et du rétablissement pour les personnes souffrant de maladies mentales ne soient pas traitées avec le même degré de priorité dans le système de santé général et dans le système de soins primaires. Il incombe au mouvement international de défense de la santé mentale de faire en sorte que ce risque ne devienne pas le résultat involontaire de la réforme de la santé.

La publication du rapport « **Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale** » par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la World Organization of Family Doctors (Wonca) en septembre 2008 a marqué une étape décisive dans la promotion des efforts d'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires à l'échelle mondiale. Dans le message d'introduction de ce rapport, le Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, et le Professeur Chris van Weel, Président de Wonca, présentent les arguments en faveur de tels efforts :

« Les soins primaires s'articulent avant tout autour des gens. Et l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires est le moyen le plus viable d'assurer que tous ont accès aux soins de santé mentale dont ils ont besoin. Les usagers peuvent accéder à des services de santé mentale plus proches de leur domicile, leur permettant ainsi de rester avec leur famille et de poursuivre leurs activités quotidiennes. »



Par ailleurs, ils n'ont pas à supporter les coûts indirects associés aux soins spécialisés souvent dispensés loin de chez eux. La prise en charge de la santé mentale en soins primaires minimise la stigmatisation et la discrimination, et élimine également le risque de violation des droits humains qui peut exister dans les hôpitaux psychiatriques. De plus et comme ce rapport va le démontrer, l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires permet d'assurer un bon niveau de santé à un coût raisonnable. Néanmoins, les systèmes généraux de soins primaires doivent être renforcés avant qu'une intégration de la santé mentale ne puisse effectivement produire les résultats attendus. » (Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires : une vision globale ; © Organisation Mondiale de la Santé et World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008, page vii)

La Journée mondiale de la santé mentale 2009 sera l'occasion de souligner les opportunités et les défis que l'intégration des services de santé mentale aux systèmes de prestation de soins de santé primaires présente pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou en mauvaise santé mentale, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour les professionnels de la santé. À l'instar des années précédentes, la campagne se concentrera sur le rôle crucial que les organisations de défense de la santé mentale, de patients/usagers et de familles/aidants ont à jouer dans le façonnement de ce mouvement majeur de réforme de la santé générale et de la santé mentale. Leur engagement pour une défense proactive, informée et soutenue est nécessaire afin d'assurer que le mouvement vers l'intégration permettra d'améliorer, sans disparité géographique, l'accès à des services adaptés, abordables et de qualité pour les personnes souffrant de maladies mentales et de troubles émotionnels.

Dans le monde entier, les défenseurs, les familles, les professionnels et les responsables politiques œuvrant dans le secteur de la santé mentale ne doivent pas oublier que le mouvement actuel visant à améliorer la façon dont les services de santé mentale sont dispensés n'est pas le premier effort réformateur de ce type. Les enseignements tirés du passé nous ont appris que la poursuite de l'égalité dans la façon dont sont abordés les services de santé mentale de par le monde n'est pas une lutte facile. L'intégration efficace de la santé mentale aux soins de santé primaires à un niveau de priorité adapté au vu de la charge documentée que représente la prise en charge des maladies mentales, est une entreprise de taille dans un contexte international de crise économique et d'adversité sociale. Il va sans dire qu'il est largement temps que le monde écoute et agisse pour améliorer les services de santé mentale et en faciliter l'accès pour ceux qui souffrent de graves problèmes de santé mentale ou de troubles tels que la schizophrénie, les troubles de l'anxiété, les troubles bipolaires et la dépression. Tel sera le message central de la Journée mondiale de la santé mentale 2009 !

La Fédération mondiale pour la santé mentale a organisé la première Journée mondiale de la santé mentale en 1992 et, tous les ans, elle en coordonne la commémoration le 10 octobre. C'est la seule campagne mondiale annuelle de sensibilisation axée sur la santé mentale et les troubles mentaux. Aujourd'hui, elle est célébrée le 10 octobre dans plus de 100 pays et donne lieu à des événements et des programmes commémoratifs au niveau national, régional et local, ainsi qu'à d'autres manifestations organisées par des agences gouvernementales et des organisations de santé mentale non gouvernementales.

Cet article peut être utilisé dans un bulletin d'information ou envoyé à un journal local ou régional comme article de fond, éditorial ou lettre à l'éditeur. Il peut également être publié sur le site Internet de votre organisation afin de promouvoir les activités que vous avez prévues dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale. Cet article peut être adapté afin d'inclure des références à votre organisation et à ses efforts dans le cadre de la campagne organisée à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale.



MARCHE POUR LA SANTÉ MENTALE

Réunir d'autres défenseurs de la santé mentale et organiser une marche ou un rassemblement : de quel meilleur moyen disposez-vous pour témoigner de votre soutien, de votre unité et de votre désir de changement ?

Probablement d'aucun.

Dans l'esprit de la Journée mondiale de la santé mentale et conformément à la force et la solidarité qui caractérisent le mouvement pour la santé mentale, la Fédération mondiale pour la santé mentale propose que cette année, nous essayions tous d'en faire plus à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale. Nous encourageons nos partenaires à ne pas se contenter d'organiser des événements commémoratifs pour la Journée mondiale de la santé mentale, mais également des veillées, des marches ou des rassemblements en soutien de la réforme de la santé mentale.

Ce type de manifestation peut s'avérer très efficace pour faire entendre votre voix dans les hauts lieux et éduquer le grand public. Les marches, les manifestations et les veillées à la bougie comptent parmi les moyens les plus efficaces pour, tout à la fois, montrer le soutien que vous apportez à la cause, attirer de nouveaux supporteurs et attirer l'attention de la communauté, des médias et des personnes aux postes de pouvoir. Comme John Copeland, Président de la Fédération mondiale pour la santé mentale, l'a fait remarquer dans le bulletin d'information paru en décembre 2008, « Pourquoi la santé mentale passe-t-elle si inaperçue auprès des gouvernements ? Si la maladie est invisible, ceux qui défendent la santé mentale doivent absolument être visibles ».

Nous encourageons tous ceux qui sont légalement en mesure de se rassembler dans le calme pour organiser une marche ou une veillée à le faire. Vous suscitez non seulement un intérêt qui fait réellement défaut pour le sujet de la maladie mentale, mais vous montrerez également aux victimes de la discrimination et de la stigmatisation qu'il n'y a aucune raison d'avoir honte ou peur. Vous donnerez un visage à cette maladie invisible et une dimension humaine au problème, et vous montrerez à votre communauté et au gouvernement que cette cause est juste.

Cela semble demander trop d'efforts ? Pourtant, il suffit de peu. Rassemblez 10 à 50 de vos amis, proches et collègues, choisissez un lieu de rassemblement ou un point de départ et un point d'arrivée, fabriquez des pancartes intelligentes mais pacifiques, et voilà, vous avez votre marche pour la santé mentale !

Comment organiser une marche ou une veillée

Nous avons rassemblé certaines informations d'ordre général pour vous aider à planifier votre marche pour la santé mentale. Veuillez noter que les exigences varient d'un pays et d'une communauté à l'autre – veuillez donc vous informer des lois et exigences applicables dans votre région afin d'éviter tout problème légal susceptible de perturber ou d'annuler votre marche. Les deux types de manifestations que nous souhaitons mettre en avant sont les suivantes :

Veillée ou rassemblement – Il s'agit de rassemblements dans le cadre desquels les gens restent à un endroit particulier. Ces manifestations ont généralement un caractère solennel et de réflexion ; elles sont un moyen pacifique de commémorer ou d'attirer l'attention sur une personne, un groupe de personnes ou un sujet de préoccupation important.

Marche – Une marche est un rassemblement de personnes qui défilent entre un point de départ défini et un point de destination convenu. Les marches sont idéales si vous disposez de beaucoup de gens ou si vous voulez couvrir une zone importante.

1. Choisissez une date (dans l'idéal le 10/10 !) et un lieu.

Vérifiez si vous avez besoin d'un permis ou de tout autre type d'autorisation pour organiser une marche ou une veillée publique – il est essentiel de connaître vos droits en matière de rassemblements publics. Choisissez un itinéraire très fréquenté ou un point de rassemblement public.

2. Définissez votre cause et le message que vous voulez communiquer à ceux qui regardent.

Optez pour un message simple, pacifique et fort. Créez des bannières, des pancartes et des imprimés à distribuer – assurez-vous que tous se concentrent sur votre message, que leur contenu est fort mais pacifique, qu'ils ne contiennent pas de fautes d'orthographe et qu'ils sont lisibles pour les passants.



3. Prévoyez des discours à l'intention des participants.

Vous pouvez prévoir un orateur au début et/ou à la fin de votre événement. Veillez à ce que les discours soient brefs et ne s'écartent pas du sujet : après tout il s'agit d'une manifestation, pas d'un symposium.

4. Faites circuler l'information !

Contactez vos supporters, amis, partenaires, etc. – essayez d'inclure autant de groupes que possible pour témoigner de la force du mouvement et de la solidarité au sein de la communauté. Il est primordial de réunir différents groupes (groupes et professionnels de la santé mentale, groupes issus du milieu médical, familles, patients, médecins, infirmières, etc.) pour former un mouvement social diversifié et attirer le plus d'attention possible.

5. Assignez les tâches et définissez les rôles de toutes les personnes impliquées.

Si vous travaillez avec différents groupes, réunissez les dirigeants dans le but d'utiliser et de regrouper les aptitudes et les réseaux de chacun d'entre eux, et d'uniformiser le message.

6. Contactez les médias et rédigez des communiqués de presse annonçant vos intentions – assurez-vous de préciser « qui, quoi, quand et où » afin que toutes les informations relatives à votre manifestation soient disponibles.

7. N'oubliez pas de prendre des photos, de consigner la manifestation dans son intégralité et d'envoyer toutes les informations disponibles à wmhday@wfmh.com une fois la journée terminée – de cette manière, nous pourrons montrer au monde que nous sommes unis et que nous en avons fini de nous taire !

Cette journée pourrait constituer le plus gros effort de défense de la santé mentale jamais réalisé au monde ! Nous espérons que vous nous rejoindrez et que vous ferez tout ce qui est en votre pouvoir pour montrer votre soutien. Cinq personnes ou 500 personnes, peu importe, nous pouvons tous faire la différence en agissant !

Les slogans efficaces

- Montrent l'importance d'un problème
- Montrent l'à-propos d'un problème
- Démystifient le problème
- S'adressent à chaque public cible
- Illustrent ce qui peut faire changer les choses
- Sont pertinents et appropriés d'un point de vue culturel
- Ne s'oublient pas

Exemples :

Célébrez la Journée mondiale de la santé mentale – Ouvrez-vous l'esprit !

Rien sur nous sans nous

Défilez pour la réforme de la santé mentale !

TOUTES les maladies méritent le même niveau de soins et de traitement !

« Environ 450 millions de personnes souffrent d'une maladie mentale. Regardez autour de vous – faites le calcul ».

Pas de santé sans santé mentale !

Discrimination mentale : ouvrez les yeux sur notre réalité



FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE
12940 HARBOR DRIVE, SUITE 101, WOODBRIDGE, VA 22192
TÉLÉPHONE : 703.494.6515, FAX : 703.494.6518

INTERNET : WWW.WFMH.COM

LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE EST UNE MARQUE DE SERVICE DÉPOSÉE
DE LA FÉDÉRATION MONDIALE POUR LA SANTÉ MENTALE

