

.....

LA SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN : IMAGES, REALITES ET PERSPECTIVES

*DEUXIEMES RENCONTRES REGIONALES
SUR LA SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN*

ANTANANARIVO, 11-14 JUIN 2003

Rapport définitif 5 août 2003



Rapport rédigé par Aude Caria (Centre hospitalier Ste Anne, Paris) et le Dr Noëlle Barbiera (EPSM St Paul, La Réunion,) pour le Centre Collaborateur français de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale (CCOMS), à partir des documents élaboré lors des Deuxièmes rencontres régionales en santé mentale dans l'Océan indien, Antananarivo, 11-14 juin 2003.

Comité de relecture : *Dr Marcellin Andriantseho (CHU Antananarivo), Dr Kalula Karambay (OMS, Comores), Dr Eric Mallat (MAE, Madagascar), Dr Mohith (Ministère de la santé, Maurice), Dr André Ndikuyeze (OMS, Madagascar), Dr Dominique Polycarpe (MAE, Maurice), Dr Adeline Raharivelo (Ministère de la Santé, Madagascar), Dr Jean-Luc Roelandt (CCOMS), Dr Ameenah Sorefan (OMS)*

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE DU PARTENARIAT EN SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN	5
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE	5
BREVE PRESENTATION DES DIFFERENTS SITES DE L'OCEAN INDIEN	6
BREVE PRESENTATION DE L'ENQUETE "LA SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE : IMAGES ET REALITES"	6
OBJECTIFS	6
METHODOLOGIE	7
LES RECOMMANDATIONS PAR SITE D'ENQUETE	7
A. <i>LES COMORES</i>	7
B. <i>MADAGASCAR</i>	8
C. <i>MAURICE</i>	8
D. <i>LA REUNION</i>	9
 PARTENARIATS ET FINANCEURS	 10
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE	10
SECRETARIAT D'ETAT FRANÇAIS A LA COOPERATION	10
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES DU MINISTERE FRANÇAIS DE LA SANTE (DREES)	10
LES CENTRES HOSPITALIERS	10
LA FACULTE D'ETHNOLOGIE DE LILLE I	10
LA FACULTE D'ANTHROPOLOGIE D'AIX-MARSEILLE (LABORATOIRE D'ECOLOGIE HUMAINE ET D'ANTHROPOLOGIE)	10
 STRATEGIE GLOBALE POUR LA SANTE MENTALE	 11
LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS AU NIVEAU INTERNATIONAL	11
LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS AU NIVEAU REGIONAL	12
 DEUXIEMES RENCONTRES REGIONALES SUR LA SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN - JUIN 2003	 14
PROGRAMME DES RENCONTRES	14
RESULTATS ATTENDUS DU SEMINAIRE	16
ARGUMENTAIRE ET ORGANISATION DES ATELIERS	17
<u>ATELIER N°1 LA SANTE MENTALE : ASPECTS LEGISLATIFS ET JURIDIQUES. PARTICIPATION DE LA COMUNAUTÉ. RELATIONS AVEC LES TRADIPRATICIENS</u>	17
Argumentaire	17
Organisation	18
<hr/>	
<i>DEUXIEMES RENCONTRES REGIONALES EN SANTE MENTALE - ANTANANARIVO - 11-14 JUIN 2003</i>	3
Ministère de la santé de Madagascar - Ministère français des Affaires Etrangères - Centre Collaborateur de l'OMS	

<u>ATELIER N°2 : ORGANISATION ET PLANIFICATIONS DES SOINS POUR LES MALADES MENTAUX.</u>	18
Argumentaire	18
Organisation	20
<u>ATELIER N°3 : ASPECTS FINANCIERS ET ADMINISTRATIFS, IMPACT SOCIAL ET ECONOMIQUE DES TROUBLES MENTAUX, FORMATION PROFESSIONNELLE, PARTICIPATION DES ONG.</u>	20
Argumentaire	20
Organisation	21
<u>ATELIER n° 4 : RECHERCHE. EVALUATION DES PRATIQUES. PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE.</u>	22
Argumentaire	22
Organisation	23
ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE PAR PAYS	24
LES INVARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES	24
LES VARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES	25
ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES ET DES PRIORITES PAR PAYS POUR LA SANTE MENTALE	26
TABLEAU COMPARATIF DES RESSOURCES PAR PAYS	30
TABLEAU COMPARATIF DES PRIORITES PAR PAYS	30
CHARTRE CONSTITUTIVE DU RESEAU REGIONAL EN SANTE MENTALE	32
RECOMMANDATIONS D' ACTIONS ET PROJETS PILOTES REGIONAUX	32
Aspects législatifs et juridiques, participation de la communauté, relations avec les tradipraticiens	32
Organisation et planification des soins pour les personnes ayant des troubles psychiques	33
Aspects financiers et administratifs : impact économique, formation professionnelle, participation des ONG	33
Recherche, évaluation des pratiques	34
CONCLUSION	34
ANNEXES	35



HISTORIQUE DU PARTENARIAT EN SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN

INTRODUCTION

Ces dernières décennies ont vu une diminution importante de la mortalité infantile et une augmentation de l'espérance de vie. L'état de santé physique général des populations s'est amélioré mais les problèmes de santé mentale semblent augmenter. L'urbanisation, la modernisation, la déliquescence des structures rurales, les déplacements forcés de populations entraînent de nombreux troubles psychiatriques. Mais nulle part au monde, priorité n'est accordée aux problèmes de santé mentale.

Les chiffres fournis par la Banque mondiale montrent que 8,1% de la charge de morbidité globale (CMG) est attribuable aux maladies mentales. Dans les sociétés à faible revenu, les troubles neuropsychiatriques représentent 12% de la CMG, chez les adultes de 15 à 44 ans. Les troubles dépressifs, la maladie d'Alzheimer et l'alcoolisme sont de plus en plus fréquents, suivis par l'épilepsie, les psychoses, les toxicomanies et les états de stress post traumatique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en l'an 2000, 24 millions de personnes souffraient de schizophrénie (+45% en 15 ans). Pourtant des méthodes de prévention et des traitements efficaces existent pour ces maladies, qu'ils soient pharmacologiques ou psychosociaux.

Une enquête internationale menée par l'OMS au début des années 90 a montré que 25% des personnes consultant un médecin généraliste souffrent de troubles anxieux ou dépressifs ; mais seulement un quart d'entre eux reçoit un traitement adapté. D'autre part, le niveau d'invalidité atteint par les personnes souffrant de ces troubles dépasse celui de personnes souffrant de certaines maladies chroniques comme le diabète. C'est ce que démontre de manière magistrale le rapport mondial de l'OMS consacré en 2001 à cette thématique.

Comme le montrent ces quelques chiffres, **la santé mentale est un problème de santé publique**. Pourtant l'accès à des soins adéquats reste insuffisant au regard des besoins (implicites et explicites). Ceci est en partie explicable par le fait que la santé mentale continue à être mal connue, ignorée et taboue. Les malades mentaux, leurs familles et leurs proches ainsi que les professionnels prodiguant des soins spécialisés sont encore victimes d'une très forte stigmatisation. Quels que soient les pays, quelles que soient les cultures, les représentations de la maladie mentale et de la folie, du malade mental et du fou ont une influence sur la priorité donnée aux politiques nationales de santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, leur reconnaissance par la population générale et les professionnels et l'intégration des malades mentaux dans la communauté.

HISTORIQUE

En 1995, a eu lieu à Antananarivo (Madagascar) un premier séminaire régional sur la santé mentale, organisé par le Ministère français de la coopération et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il s'agissait de mettre en œuvre des plans et programmes de santé mentale pour les pays de la zone : Madagascar, les Comores, l'île Maurice, Les Seychelles, le Mozambique et Djibouti. Une demande d'évaluation des besoins de santé mentale en population générale a été formulée par les représentants de Madagascar, rejoints par ceux des Comores et de l'île Maurice. Pour des raisons de ressources locales, Les Seychelles et le Mozambique n'ont pas suivi.

L'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP) - dont les acteurs sont essentiellement issus de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, situé à Armentières (Nord de la France) - a été proposée comme support logistique de cette enquête.

La question de l'évaluation des besoins des populations se pose de façon aussi importante dans les pays occidentaux où les professionnels, confrontés à l'augmentation des demandes faites à la psychiatrie (population précarisée, chômage, stress de la vie urbaine, modification des structures familiales), ont l'impression de ne pas pouvoir répondre correctement aux besoins.

L'EPSM Lille Métropole a donc accepté de soutenir le projet d'enquête et de mettre à disposition des moyens pour sa réalisation, à la condition d'une enquête commune (France / Océan indien), préparée en commun, suivant une méthodologie acceptée par les responsables de chaque site.

De par la méthodologie choisie (recherche-action) l'implication des acteurs de terrain était obligatoire. Partout où l'enquête a eu lieu, une sensibilisation préalable des partenaires sanitaires, sociaux, administratifs et politiques a été effectuée par rapport à la maladie mentale et à sa prise en charge. Ceci a permis à chacun d'exprimer son opinion propre et de se convaincre facilement qu'il fallait pouvoir la comparer à celle des autres.

En **1996**, le projet de recherche a reçu le soutien financier du Ministère français de la coopération, pour les sites de l'Océan indien. Le réseau des centres participants s'est structuré et enrichi de centres métropolitains, constitués d'équipes de secteurs psychiatriques motivées par la thématique (Evry, Lille, Nantes, Tourcoing et la Vallée de la Lys) et la coopération internationale en santé mentale.

En **1997-1998** a eu lieu la phase pilote de l'enquête sur 7 sites (749 personnes interrogées) puis une réunion méthodologique internationale à Lille en janvier 1998. Enfin la phase principale d'enquête s'est déroulée sur 16 sites (12.400 personnes) : 12 en France et 4 à l'étranger. Ces résultats ont été analysés, en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), du Ministère français de la Santé^a.

La dynamique de cette recherche s'inscrit en droite ligne des priorités du Ministère français de la santé : SROSS, psychiatrie communautaire, définition des besoins, analyse des réseaux préexistants à l'accès aux soins, obstruction à l'accès aux soins, sensibilisation des acteurs de terrain dans la perspective d'un redéploiement des moyens dans la cité. Ainsi, de nombreux secteurs de psychiatrie s'y sont intéressés ; **une deuxième phase d'enquête** a commencé en 2000, avec de nouveaux secteurs de psychiatrie en France, suivant la même méthodologie d'ensemble.

BREVE PRESENTATION DES DIFFERENTS SITES DE L'OCEAN INDIEN

Les moyens en structures et personnels de santé mentale sont extrêmement limités à Madagascar et quasi-absents aux Comores. Maurice fait exception, ayant hérité du mode d'organisation des soins de la psychiatrie anglaise avant la réforme de 1980 : jusqu'en 1998, l'accès aux soins et la prise en charge psychiatrique ne se faisaient que sous contrainte. (cf. Chapitre "Etats des lieux par pays")

Dans les pays de l'Océan indien, les tradipraticiens constituent un recours fréquent pour les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches. Le maintien d'une structure familiale organisée permet, dans une certaine mesure, l'intégration et le maintien du malade dans sa famille, mais on ne sait à quel prix. Enfin, les Comores ont essayé d'intégrer la prise en charge des troubles mentaux dans un réseau de dispensaires situés à moins d'une heure à pied de toute population. Néanmoins, il n'y a pas de personnels formés à la prise en charge des troubles psychiatriques mais, essentiellement, une prise en charge locale par des marabouts et tradipraticiens. Ces trois pays font face à une augmentation de l'incidence des problèmes de drogue et d'alcoolisme. La société traditionnelle est en voie de mutation, on assiste à une mondialisation des problématiques avec urbanisation galopante et prolifération de poches de pauvreté.

Malgré une politique de santé mentale basée sur la sectorisation (coordination et continuité des soins dans la communauté), la France souffre aussi d'archaïsmes en la matière. De plus, les préjugés négatifs et la mauvaise image sociale des maladies mentales et de la psychiatrie sont des obstacles majeurs aux soins. D'autre part, les différences d'allocation de ressources et d'organisation des soins restent importantes entre la métropole et les départements d'outre-mer.

BREVE PRESENTATION DE L'ENQUETE "LA SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE : IMAGES ET REALITES"

OBJECTIFS

Les deux **objectifs principaux** de cette recherche sont les suivants :

- **décrire les représentations** liées à la "folie", à la "maladie mentale", à la "dépression" et aux différents modes d'aides et de soins (psychiatriques, traditionnels, médecine parallèle), dans la population générale. C'est l'*axe socio-anthropologique*.
- **évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux** dans la population générale. C'est l'*axe épidémiologique*.

Les **objectifs secondaires** de cette recherche-action sont ceux inhérents à l'utilisation d'une méthode participative des équipes de terrain, à savoir :

^a rapport de recherche disponible sur le site www.exclusion.net et www.epsm-lille-metropole.fr

- **former des acteurs de terrain** : former les équipes de psychiatrie à la méthodologie de recherche, sensibiliser les acteurs de santé primaire à la reconnaissance et la prise en compte des troubles mentaux, alerter les acteurs de terrain sur l'importance de la prévention des maladies mentales et à la prise en compte des facteurs culturels dans le soin...
- **sensibiliser les partenaires sociaux, administratifs et politiques** aux problèmes de promotion de la santé mentale, de prévention de la maladie mentale et de prise en charge des malades mentaux, en les impliquant et les sollicitant à chaque étape de la recherche.
- **promouvoir** le développement d'une pratique psychiatrique communautaire.

METHODOLOGIE

Nous avons choisi de conduire une enquête épidémiologique multicentrique en population générale. En tout état de cause dans cette enquête, pour des raisons de faisabilité, il s'agissait de l'ensemble de la population, à **l'exception** des populations marginalisées et des populations hospitalisées. En effet la méthodologie d'échantillonnage pour ces deux sous-populations est très spécifique et ne peut être prise en compte dans ce travail de recherche.

Les données ont été recueillies grâce à des questionnaires administrés, au cours d'entretiens face à face, à un échantillon de personnes, par des enquêteurs formés à la passation. Les questionnaires permettaient pour chaque personne interrogée, d'une part d'explorer ses propres représentations de la maladie mentale et des différents modes d'aides et de soins disponibles, d'autre part, d'estimer la présence de troubles psychiatriques actuels ou passés et les ressources thérapeutiques utilisées.

La phase pilote a permis de tester la faisabilité et la validité de la méthodologie dans sept sites d'enquête sur 100 personnes. Au cours de la phase principale, un échantillon représentatif de 900 personnes par site a été interrogé.

La **phase principale de recueil des données** s'est déroulée de septembre 1998 à décembre 1999, dans les sites suivants : Comores (île de la Grande Comore), Madagascar (Antananarivo, Mahajanga), Ile Maurice, France (Nantes, Nord de Marseille, Sud des Hauts de Seine, La Réunion, La Guadeloupe, Lille, Pyrénées Orientales, Tourcoing et Vallée de la Lys). Dans chaque site environ 900 questionnaires ont été recueillis.

LES RECOMMANDATIONS PAR SITE D'ENQUETE

A. LES COMORES

par les Noëlle BARBIERA et Philippe LAKERMANCE

- Intégrer la Politique de santé mentale dans la politique nationale de la santé, en tenant compte des particularités du pays
- Ne pas créer de structure psychiatrique favorisant l'enfermement asilaire, mais par contre intégrer les activités dans le plan des districts sanitaires.
- Compléter l'enquête par une étude des besoins de soins des personnes souffrant de handicap mental (enfants et adultes) et aussi par l'inventaire des psychologues et anthropologues qui pourraient être intégrés dans la prise en charge des malades. Aucune structure d'accueil n'existe à l'heure actuelle et le fardeau est immense pour les familles.
- Encourager la formation des acteurs de soins locaux, médecins généralistes, agents de santé..., par des relais régionaux, concernant le repérage et la prise en charge des troubles les plus fréquents (anxiété et dépression), mais également la sphère du handicap mental.
- Favoriser les échanges inter-îles à partir de la Réunion.
- Approfondir les études faites et l'analyse des résultats de l'enquête, en particulier : continuer de s'interroger sur la méthodologie de l'enquête : les résultats obtenus sont-ils issus des particularismes de cette population ou bien les questions posées, de part les difficultés de traduction des concepts ou des représentations ne sont-elles pas adaptées à ce type de population ?

- Cibler davantage d'autres études qui permettraient une meilleure approche de la réalité de la santé mentale dans ce pays.

B. MADAGASCAR

par le Dr Marcelin ANDRIANTSEHENO

La Santé mentale constitue une priorité de Santé publique, car on dispose de moyens éprouvés et efficaces pour faire face à ces problèmes :

- *prévention primaire*, par l'éducation et la sensibilisation de la population qui donneront des résultats, par pression indirecte sur les politiques et les responsables sociaux : lutte contre la marginalisation, la désintégration du noyau familial (séparation du couple due au travail, exode rural, émigration forcée...), la désinsertion culturelle, la déshumanisation des rapports...
- *prévention secondaire* en renforçant la solidarité familiale, sociale, nationale.
- *traitement curatif* des troubles qui raccourcit de façon significative leur évolution (dépression, alcoolisme...)

Cette enquête montre bien qu'à Madagascar, les relations personnelles, familiales et les recours confessionnels constituent encore des recours possibles et peu coûteux, en cas de détresse.

- Le travail avec le *médecin généraliste* (qu'il faut sensibiliser et former de façon continue) est incontournable car ils constituent les recours les plus disponibles, les plus proches de la population.
- La collaboration avec les *thérapeutes traditionnels* est également inévitable, mais elle doit se faire hors de débats idéologiques, d'effet de mode ou de visées mercantiles. La grande force des pratiques traditionnelles repose sur leur aspect holistique, culturellement et économiquement acceptable. La science devrait, non les détruire ou les éblouir en effaçant leur contour, mais au contraire contribuer à faire dégager leur essence.

Plusieurs facteurs conditionnent en fait la viabilité et l'efficacité du Programme National de Santé Mentale :

- son degré de pénétration communautaire
- son acceptabilité culturelle : de par son histoire, le Malgache est hostile à toute intrusion étrangère brutale, surtout si elle n'entraîne pas d'effets "magiques" favorables
- son accessibilité : coût, proximité, disponibilité de "consommables" (médicaments) et de prestataires de soins...
- son aptitude à générer un comportement de conditionnement positif
- Enfin, cette recherche-action est le point de départ d'une rencontre scientifique plus fructueuse Nord-Sud. Il serait dommage qu'elle aboutisse à un simple exploit scientifique ou à la satisfaction d'ambitions individuelles, collectives ou nationales. C'est après l'enquête que commence le vrai travail : comment concilier la différence, l'anachronisme des modes de vie, les expériences des groupes culturels participants, pour redorer ensemble le blason de la Psychiatrie ?

C. MAURICE

par le Dr Siven MOTAY et Prem BURHOO

Les recommandations pour Maurice sont les suivantes :

- Sensibiliser les différents partenaires aux problèmes de promotion de la santé mentale et renforcer les liens avec tous les partenaires s'occupant de la santé mentale.
- Améliorer davantage les dispositifs de soins en psychiatrie.

- Augmenter le nombre de personnel qualifié pour ce type de soins.
- Former le personnel de santé pour mieux identifier la présence des troubles mentaux
- Mettre en place des unités de psychiatrie plus structurées dans chaque hôpital régional.

D. LA REUNION

par les Drs Laurent DENIZOT, Patrick TRON et Noëlle BARBIERA

- Initialiser des campagnes d'information en direction de la population, afin de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale, mieux faire connaître les alternatives à l'hospitalisation et renforcer la solidarité communautaire envers les personnes atteintes de troubles psychiques.
- Poursuivre un effort en matière de recherche médicale et épidémiologique, par des enquêtes complémentaires, concernant notamment les addictions et la psychose.
- Développer et vulgariser une réflexion sur les violences et les transgressions sociales, afin de lutter contre des représentations sociales péjoratives, qui parasitent profondément les perspectives en faveur d'une psychiatrie ouverte et communautaire.
- Renforcer et orienter le dispositif de formation des acteurs de santé, notamment des généralistes, indispensables au dépistage et au traitement des troubles anxieux et de l'humeur.
- Encourager le soutien – éducatif, moral et financier - des familles de malade et aussi des personnels des structures d'accueil médico-social.
- Poursuivre la collaboration avec des anthropologues et autres professionnels des sciences humaines, dans le cadre de coopérations interdisciplinaires et transdisciplinaires. Encourager une anthropologie médicale active et vivante.
- Collaborer avec les tutelles et instances concernées par la Santé Publique (DRASS, ARH, CGSS, Conseils Général et Régional, Municipalités...) afin de définir et soutenir les actions.

La coopération régionale

- De par son histoire, sa situation et son aisance matérielle, la Réunion a une responsabilité historique dans la collaboration scientifique et la coopération médicale avec les îles voisines de l'Océan Indien.
- Une place de choix devra être réservée à la mise en place et à l'utilisation d'outils efficaces - sur le plan de la recherche, de la formation et de la documentation, du soutien clinique et logistique... - tels que la télé-médecine, par exemple.

PARTENARIATS ET FINANCEURS

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L'OMS Genève a inscrit cette enquête au Programme 'Nations pour la santé mentale' dirigé par le Dr Benedetto SARACENO. Elle a financé des vacations de méthodologiste pendant deux ans.

Le Centre Collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale assure la supervision méthodologique et la coordination nationale et internationale de l'enquête.

Aux Comores, le bureau local de l'OMS a financé l'étude pilote, la totalité de la phase principale et a apporté son soutien logistique.

A Madagascar le bureau local de l'OMS a soutenu financièrement la phase principale de l'enquête et a participé à l'organisation des Deuxièmes Rencontres régionales de Juin 2003 à Antananarivo.

A Maurice, l'enquête a été financée par le Ministère français des Affaires étrangères, le "Health System Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in Eastern and Southern African Region" (Harare, Zimbabwe) en collaboration avec le Ministère de la Santé.

Le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS-AFRO) a soutenu financièrement l'organisation des Deuxièmes rencontres régionales de Juin 2003 à Antananarivo.

SECRETARIAT D'ETAT FRANÇAIS A LA COOPERATION

Les médecins en mission de coopération dans les 3 sites de l'Océan Indien concernés se sont investis très concrètement dans le travail, depuis 1995. Sans leur participation, l'enquête aurait été impossible dans ces sites. Le Ministère des Affaires Etrangères a financé la venue de certains participants aux Deuxièmes Rencontres régionales de Juin 2003 à Antananarivo.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES DU MINISTERE FRANÇAIS DE LA SANTE (DREES)

Le Ministère français de la santé s'est particulièrement impliqué dans l'enquête en assurant l'analyse de la totalité des données de la première phase d'enquête. Une personne de la DREES a été affectée à l'enquête et a rejoint le groupe de coordination. La DREES assure le financement de la coordination de la deuxième phase d'enquête permettant de constituer un échantillon français représentatif nationalement.

LES CENTRES HOSPITALIERS

La recherche a été inscrite au programme d'établissement de l'EPSM Lille Métropole, l'EPS Léon Gregory à Thuir, l'EPS Paul Guiraud à Villejuif, le CHU St Jacques à Nantes, l'EPSM de La Réunion (St Paul de La Réunion), l'EPSM Edouard Toulouse et l'EPSM de Montéran à St Claude en Guadeloupe.

LA FACULTE D'ETHNOLOGIE DE LILLE I

Participation active d'étudiants pour la phase pilote et de deux étudiants encadrants. Une étudiante en DEA de sociologie a supervisé l'enquête sur les sites de Madagascar.

LA FACULTE D'ANTHROPOLOGIE D'AIX-MARSEILLE (LABORATOIRE D'ECOLOGIE HUMAINE ET D'ANTHROPOLOGIE)

Le Pr Jean Benoist a rejoint le comité scientifique de l'enquête et a proposé d'associer des étudiants de thèse sur un travail anthropologique qualitatif, complémentaire à l'approche quantitative proposée par l'enquête.

STRATEGIE GLOBALE POUR LA SANTE MENTALE

La stratégie globale de référence pour le développement d'actions communes dans les pays de l'Océan indien s'appuie sur les recommandations de l'OMS au niveau international et régional.

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS AU NIVEAU INTERNATIONAL

Comme l'a bien souligné le Dr Gro Harlem Brundtland, parler de la santé sans mentionner la santé mentale revient à accorder un instrument de musique en oubliant quelques notes. La position de l'OMS est simple : « la santé mentale trop longtemps négligée est capitale pour le bien-être des individus, des sociétés et des pays et doit être considérée sous un jour nouveau ». Il est actuellement bien établi que la santé mentale et la santé physique sont indissociables et leurs effets réciproques restent complexes et profonds.

Il convient de noter en passant que la situation épidémiologique de la santé mentale dans le monde est grave. En effet, les troubles neuropsychiatriques représentent le tiers des incapacités dans le monde. Une personne sur quatre sera atteinte, à un moment de sa vie d'une pathologie mentale ou cérébrale, et aucune région n'est épargnée.

Selon les données collectées par l'OMS en l'an 2001, quelques 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux ou neurologiques, 24 millions souffrent de dépression et 50 millions souffrent d'épilepsie. Chaque année, un million de personnes se suicident et 10 à 20 millions font de tentatives de suicide liées à leur mauvaise santé. On estime que la charge mondiale de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologique dans toutes les couches passe de 12,3% en 2000 à 15% en 2020.

Dans son rapport mondial 2001, l'OMS a défini une nouvelle conception concernant la santé mentale, que l'on peut résumer en **5 points principaux** :

- 1. Les troubles mentaux entraînent une charge de morbidité considérable**
- 2. Il existe des soins efficaces**
- 3. Il est nécessaire d'améliorer les politiques**
- 4. Il faut combattre l'exclusion dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux**
- 5. Favoriser une approche plurisectorielle**
- 6. Et renforcer la recherche dans ce domaine**

Afin d'atteindre ces objectifs, l'OMS a énoncé **dix recommandations de base** :

- 1. Traiter les troubles au niveau des soins primaires**
- 2. Rendre les psychotropes disponibles**
- 3. Soigner dans la communauté**
- 4. Eduquer le grand public**
- 5. Associer les communautés, les familles et les usagers**
- 6. Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national**
- 7. Développer les ressources humaines**
- 8. Etablir des liens avec d'autres secteurs**
- 9. Surveiller la santé mentale des communautés**
- 10. Soutenir la recherche**

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS AU NIVEAU REGIONAL

D'après l'allocation du Dr NDIKUYEZE André, Représentant de l'OMS pour Madagascar et l'Ile de la Réunion, à l'occasion des RENCONTRES REGIONALES sur le thème : La Santé Mentale dans l'Océan Indien : images, réalités et perspectives (Ministère de la Santé / Centre Collaborateur Français de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale et le Bureau local de l'Organisation Mondiale de la Santé) Antananarivo, 10-13 Juin 2003

Le Rapport sur la Santé dans le monde 2001 consacrée à la santé mentale, établit de façon convaincante le bien fondé de la prise en compte des besoins des populations en santé mentale et relève que l'augmentation de la charge liée aux troubles mentaux et neurologiques et aux toxicomanes sera particulièrement sensible dans les pays en développement.

Conscient de la gravité du problème le **Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique** a développé une stratégie régionale de la santé mentale.

La stratégie régionale de la santé mentale 2000-2010 de l'OMS en Afrique considère la santé mentale comme un élément essentiel de la santé individuelle et collective (cf. Annexe : Résumé synthétique). Dans cette optique, l'élaboration d'un **cadre stratégique d'ensemble**, applicable à la santé mentale ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les toxicomanies dans les pays de la région africaine, devient une priorité.

Des interventions efficaces existent, mais ne sont pas accessibles à la majorité des personnes qui en ont besoin. On peut rendre ces interventions accessibles par des changements de politique et de législation, du développement des services, un financement adéquat et la formation des personnels appropriés.

A travers le document sur la *Stratégie régionale* et le *Projet de politique de santé mentale*, l'OMS-Afro s'efforce de ramener la santé mentale de la position marginale qui lui est réservée dans les politiques de santé et dans la pratique; à une position plus visible en santé publique.

Les directeurs et les Gouvernements prennent de plus en plus conscience de fardeaux que représentent les troubles mentaux et de la nécessité de prendre des mesures urgentes pour y faire face.

Chaque Etat membre :

- est encouragé à prendre en compte les problèmes de santé mentale dans sa **politique et sa stratégie nationales de santé**. Il est en effet nécessaire d'adopter une approche multisectorielle et d'intégrer la santé mentale dans les services de santé, notamment au niveau du district sanitaire ;
- est prié d'élaborer et d'**actualiser des programmes et des plans d'action nationaux** pour promouvoir la santé mentale, la prévention et la lutte contre les toxicomanies. Ainsi, il est souhaitable qu'un point focal chargé de gérer le programme de santé mentale soit désigné au Ministère de la Santé ;
- devrait **intensifier le développement d'une culture de la recherche** dans le contenu et dans la mise en œuvre de son programme national ;
- devrait promouvoir la santé mentale et les comportements favorables à la santé dans le cadre des célébrations de la Journée Mondiale de la Santé Mentale
- devrait se doter d'une **législation** qui soutient l'action de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies ;
- devraient fournir des **moyens financiers** pour la mise en œuvre des activités correspondantes et d'envisager au besoin la mise en place des mécanismes de partage de coûts ;
- devrait intensifier le renforcement des capacités, compte tenu de la dimension santé mentale, lorsqu'ils établiront des plans nationaux de développement **des ressources humaines** et d'exploiter les possibilités offertes pour les établissements régionaux de formation ;
- devrait mener des **interventions de réadaptation psychosociale à base communautaire** axées sur les groupes vulnérables et les groupes à haut risque, en particulier les personnes déphasées, les réfugiés, les victimes de mines anti-personnel ainsi que les personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques chroniques et celles qui vivent avec le VIH/SIDA ;

Des programmes et des plans d’actions spécifiques devraient être élaborés et mis en œuvre en tenant compte des priorités nationales. Il convient d’encourager **l’intégration de la santé mentale dans les services de santé généraux** grâce à un système fiable d’information sanitaire, de même que la décentralisation des actions et des ressources, la collaboration multisectorielle dynamique et la participation active de la communauté.

Un **accès équitable aux soins de santé mentale** pourra alors être assuré grâce à l’intégration aux soins de santé primaire, les services dispensés devraient être adaptés au contexte économique, technologique et socio-culturel des pays de la Région Africaine.

Des politiques appropriées de développement des ressources humaines devront être mis en place.

La formation des personnels doit être considérée comme une priorité et il convient d’envisager l’intégration de modules de santé mentale et de prévention des toxicomanies dans les cours de formation de toutes les catégories d’agents de santé (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, assistants médicaux etc.)

Il est capital pour la mise en œuvre de la stratégie d’entreprendre une **action de marketing social en faveur de la santé mentale** tout en soulignant l’importance capitale de la prévention et de la lutte contre les toxicomanies.

Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux



D'après le Rapport Mondial de l'OMS 2001

DEUXIEMES RENCONTRES REGIONALES SUR LA SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN - JUIN 2003

PROGRAMME DES RENCONTRES

La santé mentale dans l'océan indien : images, réalités et perspectives ANTANANARIVO 11, 12 et 13 JUIN 2003

MERCREDI 11 JUIN 2003

A L'ACADEMIE NATIONALE MALAGASY

**« La santé mentale en population générale : images et réalités. »
Résultats et perspectives dans l'Océan indien.**

8H 30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h15 Président de séance : **Dr R. RAJONSON** (Ministère de la santé, Madagascar)

Allocutions d'ouverture :

M. R. ANDRIAMANANJARA, Président de l'Académie Nationale Malagasy

Dr JL ROELANDT, Directeur du Centre Collaborateur français de l'OMS

Dr E. MALLAT, Conseiller régional Santé, Ministère français des Affaires Etrangères

Dr NDUKUYEZE, Représentant du Bureau de l'OMS à Madagascar

Dr A. RASAMINDRAKOTROKA, Ministre de la santé, Madagascar

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DANS L'OCEAN INDIEN

Président : Dr KALAMBAY, Représentant de l'OMS en Grande Comore

10h00 Dr JL ROELANDT : Présentation et historique de l'enquête dans l'Océan Indien

10h30 A. CARIA : Méthodologie commune de la recherche

11H PAUSE

11h20 Dr P. MOTAY et P. BURHOO : L'enquête à l'île Maurice : résultats et recommandations

11h50 Dr M. ANDRIANTSEHENO : La santé mentale à Madagascar : résultats et recommandations

12h10 REPAS au Parc Zoologique

Président : Dr G. MOUTOU, Président de la CME de L'EPSM de La Réunion

14h30 Dr ISSULAHY : La santé mentale en Grande Comore : résultats et recommandations.

15h00 Dr L. DENIZOT : La santé mentale à La Réunion : résultats et recommandations

15h30 PAUSE

16h00 TABLE RONDE :

**« COMMENT METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE TENANT COMPTE
DES SPÉCIFICITÉS CULTURELLES DE L'OCEAN INDIEN ? »**

Modérateur : Dr J. OBIOLS, Représentant de la Section Psychiatrie transculturelle de la WPA (Andorre)

Participants : Dr AIRAULT (Mayotte), Pr. J. BENOIST (France), Dr B. BRYDEN (La Réunion), M. COSTANTINO (Italie), et Dr S. RAKOTO (Madagascar)

17H30 FIN DES DEBATS

JEUDI 12 JUIN 2003

A L'HOTEL LA RESIDENCE

8H30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

Président de séance : Dr B. RAJAONARISON, Madagascar

9h15 Dr NDYKUYEZE : La santé Mentale et l'OMS : Nouvelle conception, Nouveaux espoirs

9h45 Séance plénière

**Etats des lieux de la santé mentale dans chaque pays participant
Principaux problèmes et priorités.**

Président de séance : M. ALLAQUI, Université Océan indien

Grande Comore :

Dr A. ISSULAHY

Madagascar :

Dr A. RAHARIVÉLO

La Réunion :

Dr B. MOUTOU

Maurice :

Dr JAGARNATH

France métropolitaine :

Dr C. LAJUGIE

10h35 Pr J. BENOIST : « La réalité entre spécificités et invariants »

Présentation des objectifs des ateliers et méthodologie de travail, Drs N. BARBIERA ET JL ROELANDT

Atelier n°1 : La Santé mentale : aspects législatifs et juridiques, participation de la communauté, relations avec les tradipraticiens

Président : Dr S. Motay, Rapporteurs : Dr M. Raharinivo et Dr C. Thévenon

Atelier n°2 Organisation et planifications des soins pour les malades mentaux.

Président : Dr Zanadaory, Rapporteurs : Dr Mohith, Dr L. Denizot

Atelier n°3 Aspects financiers et administratifs : impact économique, formation professionnelle, participation des ONG

Présidente : MT Maslankiewicz, Rapporteurs : C. Delaunay et Dr S. Rakotondrazafy

Atelier n°4 Recherche. Évaluation des pratiques

Président : Dr M. Andriantseho, Rapporteurs : L. Demailly et Dr S. Selod

10h50 PAUSE

11h20 Première séance de travail des ateliers

13h00 REPAS

14h15 Reprise du travail des ateliers.

15h30 PAUSE

16h00 Séance plénière :

Rapports des différents ateliers (par les rapporteurs, 10mn / atelier)

Présidents : Pr J. BENOIST, Université Aix en Provence, Dr JAGARNATH, Maurice

Discussion générale

- Évaluation et mise en commun des besoins de chaque pays (par les responsables de la santé mentale de chaque pays concerné)
- Définition des priorités et des projets pilotes régionaux

18h00 : FIN DES TRAVAUX.

VENDREDI 13 JUIN 2003

8H30 ACCUEIL

9h00 Séance plénière

Reprise des grands thèmes et des priorités mises en exergue par le travail des ateliers et poursuite de la discussion générale.

Présidents : Dr R. RAJONSON (sous réserve), Ministère de la santé malgache, Dr JL ROELANDT, CCOMS

Élaboration en commun des grandes lignes d'un programme pluriannuel de co-développement en santé mentale communautaire dans l'Océan Indien avec tous les partenaires concernés, et tenant compte des priorités énoncées la veille, et des travaux des 4 ateliers.

13H CONCLUSIONS DU SEMINAIRE :

Dr BARBIERA, La Réunion, Dr RAHARIVELLO, Madagascar

12H15 CLOTURE OFFICIELLE

Représentants de l'Académie Nationale Malagasy, du Ministère de la santé Malgache, du Ministère français des Affaires Etrangères et de l'OMS

13h COCKTAIL DE CLOTURE

Après midi : quartier libre, visites de quelques structures (toby thérapeutiques).

RESULTATS ATTENDUS DU SEMINAIRE

En début de séminaire, tous les participants ont été informés des objectifs à atteindre, tant au niveau des séances plénières que du travail en ateliers.

1. ELABORATION D'UNE CHARTE D'INTENTIONS POUR LA SANTE MENTALE DANS L'OCEAN INDIEN (objectifs, éthique, pratique, formation, échanges...)
2. CREATION D'UN RESEAU EN SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE
3. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EXISTANTES
4. DEFINITION DES ACTIONS PRIORITAIRES à mener
5. DEFINITION DE PROJETS PILOTE

ARGUMENTAIRE ET ORGANISATION DES ATELIERS

Les nombreuses références ayant servi à formuler ces arguments se trouvent dans le *Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001 de l'OMS* : « *La santé mentale : Nouvelles conceptions nouveaux espoirs* »

ATELIER N°1 LA SANTE MENTALE : ASPECTS LEGISLATIFS ET JURIDIQUES. PARTICIPATION DE LA COMUNAUTE. RELATIONS AVEC LES TRADIPRATICIENS

Argumentaire

Faut-il des lois pour soigner ? Comment l'enfermement peut-il être considéré comme un soin ? Faut-il enfermer les malades mentaux pour les soigner ? Les malades mentaux criminels sont-ils responsables et doivent-ils aller en prison ou être soignés à l'hôpital ? Un malade mental peut-il être soigné en prison ?

Cet atelier abordera ces questions fondamentales de la psychiatrie et tentera d'analyser les règles de prise en charge en santé mentale, selon les cultures et les pays (prises en charge familiales, prises en charge de proximité, actions des usagers, thérapies magico-religieuses, etc.)

L'enquête « La Santé mentale en population générale : images et réalité » a démontré de manière magistrale que dans toutes les régions de l'Océan Indien, la folie était encore fortement associée, dans les représentations du grand public, à la dangerosité. Les législations de nos différents pays sont le reflet de ce « bon sens populaire » et sont encore largement sécuritaires, quand il s'agit de prendre en charge les troubles neuropsychiques.

La notion même de maladie mentale dans le cadre de ce que l'on a longtemps nommé la folie, est d'introduction récente dans l'histoire. Ce concept est toujours en concurrence dans nos cultures avec les explications magico-religieuses (« il est fou car on lui a jeté un sort », ou bien « parce qu'il est possédé par un djinn, un esprit », etc.) et événementielles (« il est devenu fou depuis que sa femme l'a quitté »).

Mais qui participe à l'élaboration de la loi ? Faut-il laisser toute la place aux politiques et aux juristes ? Comment intégrer la participation des usagers, de leur famille, des citoyens ? Quelle place attribuer aux prises en charge par les thérapies traditionnelles ? Faut-il légiférer sur le statut des tradipraticiens ou les laisser eux-mêmes s'organiser ? Faut-il organiser une collaboration ou laisser une grande liberté de relation entre les deux champs ?

En conclusion et pour lancer le débat réfléchissons sur cet aphorisme qui détermine finalement assez bien les limites d'une quelconque règle de prise en charge de la maladie mentale : « *En psychiatrie, il n'y a que des internements arbitraires et des sorties prématurées* »

Organisation

L'atelier se déroule en trois temps : présentation brève (10') d'interventions contributives, débat avec l'ensemble des participants, élaboration d'un document présentant des actions prioritaires à mener et des projets pilote à mettre en place

MOTAY Paramasiven
RAHARINIVO Mbolatiana
THEVENON Catherine

Président
Rapporteur
Rapporteur

INTERVENANTS

MOTAY Paramasiven, Psychiatre, Ile Maurice

« *La réforme de la Loi à Maurice : New Mental Health Act* »

HARISOLOFO-TAFIKA Bruno, Psychiatre, La Réunion

« *Etat de la loi concernant les malades mentaux à Madagascar et en France* »

COSTANTINO Maurizio, Psychologue, Trieste

« *Santé mentale et développement humain local. Expérience en Mozambique* »

THEVENON Catherine, Psychiatre, France

« *Malheureux, accident, overdose, disparition tragique : et si c'était un suicide ?* »

POLLET Claire, Pharmacienne, France

« *Accès aux médicaments et information des patients* »

ATELIER N°2 : ORGANISATION ET PLANIFICATIONS DES SOINS POUR LES MALADES MENTAUX.

Argumentaire

Cet atelier aura la lourde tâche de définir les diverses possibilités d'organisation des soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques à partir des programmes de prévention de l'anxiété, de la dépression et de l'alcoolisme notamment.

Dans cet atelier un temps sera plus particulièrement consacré à la réflexion sur l'organisation des soins en pédopsychiatrie et dans les cas de handicap de l'enfant.

ORGANISATION ET PLANIFICATION DES SOINS EN SANTE MENTALE EN PSYCHIATRIE ADULTE

Le modèle asilaire a longtemps été la seule référence en matière de soins psychiatriques, pérennisant la stigmatisation et l'exclusion des malades mentaux. Les théories et les pratiques ne peuvent plus aujourd'hui négliger le respect de la dignité humaine et des droits des usagers. En témoignent les orientations préconisées par l'OMS, le Plan santé mentale en France... Cette évolution va de pair avec des progrès thérapeutiques et institutionnels majeurs, permettant de passer des grands hôpitaux psychiatriques à des services communautaires intégrés dans les services généraux de santé.

Les politiques de santé doivent privilégier l'accès à des soins de proximité et de qualité, la réhabilitation psychosociale et la prévention. Chaque pays assume cependant un héritage historique, culturel ou social parfois invalidant. La disposition d'un effectif suffisant d'acteurs de santé, l'accès aux psychotropes, l'information du public, peuvent se heurter à des obstacles économiques ou politiques majeurs.

Les besoins d'information, de formation et d'équipement nécessitent d'être clairement évalués et doivent faire l'objet de recherches pluridisciplinaires et d'un large débat citoyen. Comment organiser ce débat ? Par delà les « images et réalités » fort différentes entre îles de l'Océan indien, cet atelier propose une réflexion et un échange d'expériences, neuves ou plus anciennes, abouties ou en cours d'expérimentation, sur l'organisation et la planification des soins, indispensable à toute évolution et mise en place des politiques de santé publique en matière de santé mentale. Si parmi les recommandations de l'OMS on note que chaque pays, à quelque degré de développement qu'il soit, peut faire quelque chose pour la santé mentale, il faut bien reconnaître que des priorités devront être retenues. Sur quels types de critères, sur quelles bases ?

ORGANISATION DES SOINS EN PÉDOPSYCHIATRIE.

En période de restrictions budgétaires et de faiblesse des moyens accordés en général à ce poste, le bon sens implique avant de se lancer dans un quelconque projet de réaliser une évaluation des besoins. Comment organiser cette évaluation ? Si des données existent en population générale sur les maladies mentales de l'adulte, rien de tel n'existe en pédopsychiatrie. Quelles techniques d'évaluation mettre en place ? Enquêtes en population générale, dans les dispensaires, les hôpitaux, les écoles ?

Dans de nombreuses cultures, les enfants atteints de troubles mentaux ou handicapés sont le signe de la honte, ou d'un manquement aux rituels dus aux ancêtres, ou d'une faute sociale, de la part d'un membre ou de l'ensemble du groupe familial. Ils sont ainsi cachés et difficilement accessibles aux soins. Des études sur les représentations du handicap de l'enfant et de la maladie mentale chez l'enfant doivent-elles être entreprises pour lever les résistances aux soins, et à quel moment ?

De la psychiatrie périnatale, au phénomène des enfants des rues et aux problèmes de toxicomanie chez les adolescents, en passant par les psychoses précoces déficitaires ou non, les autismes, et les séquelles psychiques des handicaps physiques et les atteintes cérébrales et neurologiques, le champ de la pédopsychiatrie est très vaste. La nécessité d'une éducation quel que soit le type de handicap de l'enfant, implique des modalités de prise charge particulières. Une fois l'urgence des soins passée, l'articulation avec le médico-social, s'impose. Ce secteur médico-social est souvent pris en charge, par des organismes privés, religieux ou non et des ONG. Comment organiser cette articulation ?

Quel type de structure est le plus adaptée aux problèmes présentés dans chaque pays ? Faut-il créer des hôpitaux de jour, des CATPP, des équipes mobiles, des équipes d'intervention de soins à domicile, développer le travail en réseau, utiliser les réseaux existants et de quelle manière ?

En définitive, quels types de priorités définir ? Quels moyens, humains, pratiques, financiers se donner pour démarrer ou continuer une prise en charge efficace de tout enfant qui en a besoin ? Toute analyse d'expérience vécue sera la bienvenue.

Organisation

L'atelier se déroule en trois temps : présentation brève (10') d'interventions contributives, débat avec l'ensemble des participants, élaboration d'un document présentant des actions prioritaires à mener et des projets pilote à mettre en place

ZANADAORY, Madagascar	Président
DENIZOT, La Réunion	Rapporteur
JAGARNATH, Maurice	Rapporteur

INTERVENANTS

RATSIFANDRIAHAMAMANA Lanto, Psychiatre, Madagascar

« Psychiatrie communautaire : quelles perspectives pour Madagascar »

OBIOLS Joan, Psychiatre, Andorre

« La psychiatrie transculturelle dans la planification des soins et de la formation »

AIRAULT Régis, Psychiatre, Mayotte

« La santé mentale à Mayotte : 30 ans de retard ou 30 ans d'avance ? »

DUGNAT Michel, Pédiopsychiatre, France

« Articulation santé mentale/handicap mental chez l'enfant : propositions d'actions dans l'Océan indien »

RANDRIANTSARA Catherine, Psychomotricienne, Madagascar

« Une expérience pilote d'intégration scolaire d'enfants déficients »

ATELIER N°3 : ASPECTS FINANCIERS ET ADMINISTRATIFS, IMPACT SOCIAL ET ECONOMIQUE DES TROUBLES MENTAUX, FORMATION PROFESSIONNELLE, PARTICIPATION DES ONG.

Argumentaire

Si la santé n'a pas de prix, il est habituel et réaliste de dire qu'elle a un coût. Encore trop souvent, avant même toute évaluation de l'impact financier de tel ou tel projet en santé mentale, l'argument financier est mis en avant pour différer tout projet du côté de décideurs alors que du côté des professionnels, la demande de toujours plus de moyens, n'est pas forcément un gage d'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, l'impact social et économique des troubles mentaux a pu être mis en évidence par de nombreuses études. Ce type d'études doit-il être entrepris au niveau de l'Océan Indien, disposant de maigres ressources ? Peut-on en faire l'économie ?

D'impact peu prestigieux, les soins aux malades mentaux sont souvent relégués au dernier plan, alors que leur efficacité peut être mise en évidence avec un minimum de moyens par rapport à d'autres disciplines médicales beaucoup plus budgétivores.

Afin que chaque pays à son niveau puisse suivre les 10 recommandations sur la promotion de la santé mentale, l'OMS propose « trois scénarii d'action » destinés à guider les pays qui tiennent compte des ressources nationales pour la santé mentale. Le scénario A, s'applique aux pays économiquement pauvres où ces ressources sont inexistantes ou très limitées.

Quels sont les moyens humains et techniques minimum pour mettre en place une véritable politique de santé mentale ? Si tout le monde s'accorde pour ne plus mettre en place de grandes concentrations asilaires, quel type d'administration nationale, ministérielle, locale et régionale, est le plus adaptée pour les soins aux malades mentaux, adultes ou enfants ?

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

De quel type de lien et d'organisation les pays de l'Océan Indien, doivent-ils se doter afin d'obtenir des partenariats financiers et administratifs, pour satisfaire leurs besoins en formation et développer leur potentiel de recherche ? La création d'un réseau Océan Indien en santé mentale, impliquant les nouvelles technologies, est-il l'outil le plus adéquat ? Quelle place accorder aux ONG dans ce partenariat, et comment articuler leurs actions avec les organismes publics?

Organisation

L'atelier se déroule en trois temps : présentation brève (10') d'interventions contributives, débat avec l'ensemble des participants, élaboration d'un document présentant des actions prioritaires à mener et des projets pilote à mettre en place

MASLANKIEWICZ Marie-Thérèse, France	Président
DELAUNAY Charles, La Réunion	Rapporteur
RAKOTONDRAZAFY, Madagascar	Rapporteur

INTERVENANTS

Dr ISSULAHY, Médecin interniste, Grande Comore
 « La formation des agents de santé en Grande Comore »

Dr MOHITH, Responsable de la formation, Ministère de la santé, Maurice
 « Programme de formation des professionnels de santé à Maurice »

MASLANKIEWICZ Marie-Thérèse, Responsable de la formation des paramédicaux, Ministère de la santé, France
 « La formation des professionnels de santé en France : aujourd'hui, demain et après-demain »

DUPOND Philippe, infirmier psychiatrique – MONDIERE Gladys, Docteur en psychologie France
 « Utilisation d'un questionnaire diagnostique pour la formation des professionnels de santé »

LALAUX Nicolas, Psychiatre, France
 « Médecins du Monde et sa place dans le développement de partenariats en santé mentale dans l'Océan indien »

ATELIER n° 4 : RECHERCHE. EVALUATION DES PRATIQUES. PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE.

Argumentaire

Soutenir la recherche est la dixième recommandation de l'OMS, concernant les mesures à prendre pour promouvoir la santé mentale. Selon l'OMS, de nouvelles recherches devront être entreprises sur les aspects tant biologiques que psychosociaux de la santé mentale, si l'on veut mieux appréhender les troubles mentaux et mettre au point des interventions plus efficaces. L'OMS souligne qu'il est urgent de renforcer le potentiel de recherche des pays en voie de développement.

Cependant, la recherche fondamentale peut paraître de premier abord irréaliste de par son coût lié à la sophistication des techniques, et donc moins prioritaire.

Les études épidémiologiques, les études sur les représentations de la maladie mentale, le vocabulaire de la folie ou les itinéraires thérapeutiques, par exemple, sont autant de sujets de recherche qui peuvent aider à se faire une idée plus précise des facteurs qui influent sur l'apparition, l'évolution, la prise en charge des troubles mentaux et les représentations populaires des acteurs de soins et des institutions, et de leur utilisation. Et ceci dans des contextes variés sur le plan social et culturel. L'analyse de ces données spécifiques à chaque site devrait être prise en compte dans la programmation de l'organisation des soins pour favoriser une meilleure intégration communautaire des soins et optimiser les actions à venir en fonction des contingences spécifiques aux différents terrains.

Ces recherches ne pourront être que pluridisciplinaires et devront aussi s'appuyer sur les travaux d'autres disciplines qu'il conviendra de recenser et de regrouper. Comment intégrer les recherches universitaires et les objectifs de terrain des professionnels ?

D'autre part, comment articuler ces recherches avec l'évaluation des actions et des pratiques en santé mentale, concernant leur impact, leur adéquation et leur efficacité dans les différentes populations. Comment et à partir de quelles modalités : anthropologie médicale, sociologique, santé publique ... pouvons nous penser des critères adaptés à l'évaluation des actions et des pratiques ? Comment évaluer la pertinence des recommandations internationales aux spécificités de l'Océan Indien et des différents sites ?

A l'évidence, ces démarches s'inscrivent dans la droite ligne de la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa, lors d'une première conférence internationale dès 1986. Les conditions préalables en matière de santé sont la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Ainsi la promotion de la santé ne relève-t-elle pas seulement du secteur sanitaire et dépasse-t-elle les modes de vie sains, pour viser le bien-être. La démarche de promotion de la santé est le processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et véhicule les notions d'organisation communautaire et de participation communautaire. Elle prend en compte l'intérêt pour autrui et l'écologie dans l'élaboration de ses stratégies et de ses politiques.

Mais peut-on imaginer des recherches et des échanges à un niveau local comme à un niveau régional, entre les pays de l'Océan Indien, comme au sein de chacun des pays, sans évoquer les nouvelles technologies de la communication et la télémédecine, et leur articulation à des projets de formation ? Ces techniques peuvent-elles nous aider à repérer et nous étayer sur les travaux déjà effectués sur les différents sites, éparpillés dans diverses disciplines et diverses universités ?

Toute méthode et expérience en ce domaine sera la bienvenue.

Organisation

L'atelier se déroule en trois temps : présentation brève (10') d'interventions contributives, débat avec l'ensemble des participants, élaboration d'un document présentant des actions prioritaires à mener et des projets pilote à mettre en place

ANDRIANTSEHENO Marcellin	Président
DEMAILLY Lise	Rapporteur
SELOD Sofia	Rapporteur

INTERVENANTS

DEMAILLY Lise, Professeur de sociologie, France

« Méthodologie de l'évaluation de l'action publique : panorama et débats »

BRYDEN Benjamin, Psychiatre, La Réunion

« Quelle fonction pour la recherche dans un réseau de santé mentale communautaire dans l'Océan indien ? »

SELOD Sofia, La Réunion

« A partir d'une expérience de prise en charge d'enfants de migrants : Perspectives de recherche clinique et communautaires en partenariat dans les pays de l'Océan indien »

ANDRIANTSEHENO Marcellin, Madagascar

« Perspective de recherche en santé mentale à Madagascar »

MOUTOU Gérard, La Réunion

« Présentation de l'observatoire du vieillissement dans l'Océan indien »

ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE PAR PAYS

LES INVARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES

(d'après les résultats de l'enquête "La santé mentale en population générale : images et réalités")

	INVARIANTS	CONSEQUENCES
Définition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tout le monde connaît dans son entourage un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif" ✓ Tous les actes violents sont attribués au "fou", et encore plus au "malade mental" ✓ Les causes physiques sont attribuées comme étiologie à la "maladie mentale", le malheur ambiant comme cause à la "dépression" 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Insister sur l'importance du phénomène ➔ Informer et dissocier la violence de "folie" et "maladie mentale" ➔ Mettre en œuvre une communication intelligente avec les journalistes, les usagers de la psychiatrie et des représentants de la société profane, syndicaliste, politique, religieux et philosophes.
Responsabilité	<p>Les populations pensent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ "fou" et "malade mental" ne sont pas responsables de leurs actes et ni de leur état. ✓ Il faut les soigner même s'ils ne le veulent pas. ✓ La famille du "fou" et du "malade mental" souffre; le "dépressif" aussi. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Centrer l'information sur les droits de l'homme et du citoyen plus que sur la stigmatisation ➔ Insister sur la nécessité de la participation aux soins des intéressés et sur le dialogue, plus que sur l'obligation de soins ➔ Mettre en place des médiations sociales et familiales ➔ Agir pour la diminution du fardeau familial
Guérison	<p>Les populations pensent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La guérison est possible partout pour le "dépressif" ✓ On ne peut guérir seul 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Insister sur la possibilité de guérison pour la population quel, que soit le trouble ➔ Message de solidarité : "on ne peut guérir seul"
Exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La majorité des personnes accepterait un "fou", "malade mental", "dépressif" dans sa famille, s'il est suivi ou soigné ✓ La majorité des personnes accepterait un enfant ("fou", "malade mental" ou "dépressif") ✓ Partout les populations pensent que l'exclusion du monde du travail est importante 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Mettre en évidence la protection familiale. Insister sur l'aide aux familles et la création de lieux non ségrégatifs ➔ Aider à intégrer les enfants dans les soins de santé primaire dans l'éducation adaptée ➔ Lutter contre les préjugés ➔ Mettre en place des programmes d'intégration dans le monde du travail
Recours aux soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le médecin généraliste et les relations sont partout des recours privilégiés 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Impliquer avant tous les généralistes dans l'offre de soins, les former et les aider à soigner ➔ Insister sur l'aide des relations, sur les soins profanes parfois aussi efficaces que les soins officiels
Epidémiologie des troubles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les troubles mentaux existent partout. ✓ Il existe un gradient de prévalence : troubles anxieux > troubles dépressifs > addictions > psychose ✓ La gêne associée aux troubles est partout plus importante pour les troubles dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Développer l'information grand public sur les troubles mentaux et l'offre de soins ➔ Faire reconnaître la dépression comme une maladie moderne soignable et invalidante
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avoir ou non des troubles mentaux modifie peu les représentations que l'on en a 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Tout le monde est concerné : utiliser les décideurs dans la lutte contre le stigma (par exemple en leur faisant admettre qu'ils ont pu avoir un trouble mental un jour dans leur vie) ➔ Mettre en place des structures de solidarité pour les malades ➔ Construire des programmes de santé mentale en commun avec des experts et des usagers étrangers aux pays

LES VARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES

(d'après les résultats de l'enquête "La santé mentale en population générale : images et réalités")

	VARIANTS	CONSEQUENCES
Définition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les populations de l'Océan indien déclarent beaucoup plus connaître de "fou" et de "malade mental". ✓ La population française déclare plus de "dépressif" ✓ Les mots pour définir la "folie", la "maladie mentale" et la "dépression" sont variables selon les pays ✓ La population française considère plus que le "fou" et le "malade mental" souffrent ✓ Les caractéristiques de la "dépression" sont nettes et cohérentes en France. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Mieux faire connaître les troubles dépressifs.</i> ➔ <i>Faire reconnaître l'humanité dans la souffrance potentielle de celui qui est "fou" ou "malade mental"</i> ➔ <i>Adapter la communication aux références culturelles des populations</i>
Exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'exclusion de la famille et de la société est moins forte dans les pays de l'Océan Indien qu'en France 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Mettre en place des structures de solidarité pour les malades en France (lieux de vie, foyers...)</i>
Recours aux soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ On connaît d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner le "fou" et le "malade mental" dans l'Océan Indien : les temples et églises. Peu en France, où l'on pense que l'individu doit être "interné" et "médicamenté" ✓ Le recours magico-religieux est important dans les pays de l'Océan Indien ✓ Les recours (aide ou soins) sont multiples 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Accepter le religieux et le profane comme alternative et complément des soins bio-médicaux</i> ➔ <i>Promouvoir les recours multiples : quels qu'ils soient, les résultats sont cumulatifs. La santé mentale c'est avant tout la solidarité et l'accompagnement</i>
Epidémiologie des troubles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévalence des troubles est très variables selon les pays ✓ Il n'y a pas de groupe cible. Une légère augmentation des troubles chez les séparés/divorcés et les personnes à faible revenu, mais pas partout et le nombre de personnes concernées est faible. Les prévalences varient en fonction des classes d'âge ✓ Les personnes ayant un trouble ont plus le sentiment d'être malade à Madagascar et à l'île Maurice 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>Faire plus particulièrement attention aux personnes seules, divorcées, séparées et à faibles revenus, mais sans les surstigmatiser, car beaucoup n'ont pas de troubles</i> ➔ <i>Pas de groupe cible particulier : éviter la discrimination basée sur des données sociales</i>

ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES ET DES PRIORITES PAR PAYS POUR LA SANTE MENTALE

(d'après les documents présentés par les représentants officiels de chaque pays, lors des deuxièmes rencontres régionales, Juin 2003)

COMORES

SITUATION GENERALE

STRUCTURES EXISTANTES	
Nb d'hôpitaux spécialisés	0
Nb de lits de psychiatrie	0
Nb de dispensaires (CMP)	0
Nb de places	0

RESSOURCES HUMAINES	
Nb de psychiatres	0
Nb d'infirmiers psychiatriques	0
Nb de psychologues	0
Nb de médecins généralistes	50
Nb de tradipraticiens	Nombreux

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(données de l'enquête « la santé mentale en population générale »)

Au moins un trouble mental	10,7 %
Prévalence de l'anxiété généralisée	7%
Prévalence des troubles dépressifs	5%
Prévalence des troubles psychotiques	0,2%
Prévalence des troubles liés à l'alcool	0 %
Prévalences des troubles liés aux drogues	0 %

PROGRAMMES EXISTANTS

THEME	FINANCEMENT
• Recherche anthropologique non structurée	•

MADAGASCAR

SITUATION GENERALE

STRUCTURES EXISTANTES	
Nb d'hôpitaux spécialisés	7 (dont 1 privé)
Nb de lits de psychiatrie	120 + 90 = 210
Nb de dispensaires (CMP)	0
Nb de places	0

RESSOURCES HUMAINES	
Nb de psychiatres	13
Nb d'infirmiers psychiatriques	50
Nb de psychologues	2
Nb de médecins généralistes	+/- 4000
Nb de tradipraticiens	Nombreux

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(données de l'enquête « la santé mentale en population générale »)

	Tana	Mahajanga
Au moins un trouble mental	47%	31%
Prévalence de l'anxiété généralisée	8%	3,8%
Prévalence des troubles dépressifs	12%	10,4%
Prévalence des troubles psychotiques	0,3%	1,8%
Prévalence des troubles liés à l'alcool	8,7%	8,3%
Prévalences des troubles liés aux drogues	0,9%	0,3%

PROGRAMMES EXISTANTS

THEME	FINANCEMENT
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de la formation des paramédicaux à la santé mentale Mise en place Internat qualifiant en psychiatrie Mise en place de la prise en charge des urgences psy dans les structures sanitaires Elaboration de la politique nationale Lutte contre la toxicomanie (équipements et aménagement des terrains sportifs) 	<ul style="list-style-type: none"> Etat Etat +coopération fr. OMS OMS OMS

MAURICE**SITUATION GENERALE**

STRUCTURES EXISTANTES	
Nb d'hôpitaux spécialisés	1
Nb de lits de psychiatrie	875
Nb de dispensaires (CMP)	10
Nb de places	20

RESSOURCES HUMAINES	
Nb de psychiatres	14
Nb d'infirmiers psychiatriques	195 (dont 5 inf. psy)
Nb de psychologues	2
Nb de médecins généralistes	50 (15 affectés à la psy)
Nb de tradipraticiens	Nombreux

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(données de l'enquête « la santé mentale en population générale »)

Au moins un trouble mental	22,2 %
Prévalence de l'anxiété généralisée	6 %
Prévalence des troubles dépressifs	12,9 %
Prévalence des troubles psychotiques	3,4 %
Prévalence des troubles liés à l'alcool	3,2 %
Prévalences des troubles liés aux drogues	0,3 %

PROGRAMMES EXISTANTS

THEME	FINANCEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Formation des médecins et des infirmiers en santé mentale • Alcoholic Task Force • Formation des infirmiers en psychiatrie • Etude et évaluation des enfants handicapés • Réhabilitation des patients chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la santé • Ministère de la santé • Ministère de la santé • Ministère de la sécurité sociale • OMS

LA REUNION (France)

SITUATION GENERALE

STRUCTURES EXISTANTES	
Nb d'hôpitaux spécialisés	1 + 1 service HG
Nb de lits de psychiatrie	270 public + 70 privé = 340
Nb de dispensaires (CMP)	10 adulte + 10 enfant
Nb de places	+/- 100

RESSOURCES HUMAINES	
Nb de psychiatres	+/- 70
Nb d'infirmiers psychiatriques	+/- 400
Nb de psychologues	+/- 40
Nb de médecins généralistes	+/- 1000
Nb de tradipraticiens	Non répertorié

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(données de l'enquête « la santé mentale en population générale »)

Au moins un trouble mental	30 %
Prévalence de l'anxiété généralisée	20 %
Prévalence des troubles dépressifs	10 %
Prévalence des troubles psychotiques	1 %
Prévalence des troubles liés à l'alcool	3 %
Prévalences des troubles liés aux drogues	1 %

PROGRAMMES EXISTANTS

THEME	FINANCEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Schéma régional d'organisation sanitaire • Plan régional de santé • Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins • Plan national de prévention du suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité sociale • Conseils régionaux et Etat • Conseils régionaux et Etat • Sécurité sociale

TABLEAU COMPARATIF DES RESSOURCES PAR PAYS

	Population	Médecins généralistes	Psychiatres	Infirmiers psy	Lits psy	Ratio MG/ Millions habitants	Ratio Psy/ Millions habitants	Au moins un trouble
COMORES	250.000	50	0	0	0	200	0	10,7 %
MADAGASCAR	15 mill	4000	14	50	210	266	0,9	39 %
MAURICE	1,3 mill	500	14	195	875	384	10,7	22,2 %
LA REUNION	720.000	1000	70	400	340	1380	100	30%

TABLEAU COMPARATIF DES PRIORITES PAR PAYS

(d'après les documents présentés par les représentants officiels des pays lors des deuxièmes rencontres régionales sur la santé mentale dans l'Océan Indien et classées selon les recommandations de l'OMS dans son rapport 2001)

COMORES	MADAGASCAR	MAURICE	LA REUNION (France)
1. TRAITER LES TROUBLES AU NIVEAU DES SOINS PRIMAIRES			
Intégration de la santé mentale dans les centres de santé des districts		Mettre en place le système de psychiatrie au niveau des centres de santé primaire	Redéploiement des services psychiatriques dans la communauté
			Organiser l'offre de soins en fonction des besoins
2. RENDRE LES PSYCHOTROPES DISPONIBLES			
Faciliter l'accessibilité aux médicaments			
3. SOIGNER DANS LA COMMUNAUTE			
	Prise en charge : amélioration des systèmes de suivi et de réinsertion	Mettre en place des unités structurées dans les hôpitaux généraux et régionaux	Amplifier l'insertion sociale des patients
4. EDUQUER LE GRAND PUBLIC			
	Prévention primaire (sensibilisation)	Promotion de la santé mentale	Lutter contre la stigmatisation
COMORES	MADAGASCAR	MAURICE	LA REUNION (France)

5. ASSOCIER LES COMMUNAUTES, LES FAMILLES ET LES USAGERS			
Impliquer les ONG pour les toxicomanes et alcooliques	Actions en faveur des groupes vulnérables (mère/enfant, adolescents, personnes âgées)		
6. ADOPTER DES POLITIQUES, DES PROGRAMMES ET UNE LEGISLATION AU NIVEAU NATIONAL			
Elaboration de la politique nationale de santé mentale			Renforcer les droits des patients
7. DEVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES			
Formation de médecins psychiatres et d'infirmiers psychiatriques	Formation à la psychiatrie des psychiatres et paramédicaux	Formation des personnels de santé mentale	Améliorer les pratiques professionnelles
8. ETABLIR DES LIENS AVEC D'AUTRES SECTEURS			
Favoriser la coopération régionale			Favoriser l'articulation des acteurs locaux et la coopération régionale
9. SURVEILLER LA SANTE MENTALE DES COMMUNAUTES			
		Lutte contre l'alcoolisme	Développer des programmes spécifiques
10. SOUTENIR LA RECHERCHE			
Elargir l'enquête "La santé mentale en population générale : images et réalités" à l'ensemble des territoires comoriens			Développer la recherche clinique et socio-anthropologique

CHARTRE CONSTITUTIVE DU RESEAU REGIONAL EN SANTE MENTALE

Une Charte d'intention pour la santé mentale dans l'Océan indien, constitutive d'un Réseau régional de santé mentale dans l'Océan Indien, a été élaborée et validée en commun, lors des deuxièmes rencontres régionales sur la santé mentale dans l'Océan indien (cf. texte en annexe).

Elle a été validée et signée en séance plénière par les participants, en présence des représentants du Ministère de la santé de Madagascar, du bureau local de l'OMS, de l'Académie Nationale Malagasy, du Ministère français des Affaires étrangères et du Centre Collaborateur français de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

RECOMMANDATIONS D'ACTIONS ET PROJETS PILOTES REGIONAUX

(d'après les résultats des ateliers menés lors des deuxièmes rencontres régionales sur la santé mentale dans l'Océan indien, validés en séance plénière par les participants)

Aspects législatifs et juridiques, participation de la communauté, relations avec les tradipraticiens

Recommandation 1

Reconsidérer la législation à la lumière des connaissances actuelles et des droits de l'homme.

Projet

Elaborer en commun une loi désignée^b pour l'obligation de soins psychiatriques
 Constituer un comité de coordination comprenant des représentants des patients et des familles de patients
 Mise en commun des perspectives de la loi dans les pays de l'océan indien
 Favoriser l'intégration des ressources locales

Recommandation 2

Renforcer la coopération régionale pour favoriser l'accès aux médicaments génériques.

Projet

Promouvoir l'accès aux médicaments essentiels par l'intermédiaire des centrales d'achat afin de réguler la distribution des psychotropes, réduire les coûts et garantir la qualité des produits.
 Constituer un groupe de travail comprenant des médecins, des pharmaciens, des paramédicaux, des usagers, des juristes, les laboratoires pharmaceutiques et des représentants des ministères.

Recommandation 3

Elaboration d'un programme officiel de prise en charge et de prévention du suicide qui permette la mobilisation des équipes de santé mentale et des non soignants.

Projet

Evaluer et sensibiliser au problème du suicide avant de passer aux actions de formation.

^b non spécifique à la psychiatrie

Recommandation 4

Mettre en œuvre la charte internationale des droits des enfants (droit à la non exclusion, droit à l'école, droit aux soins, etc.)

Projet

Sensibiliser les autorités locales à l'existence de la charte.

Préconiser un état des lieux dans chaque pays de la zone fait par un expert des droits des enfants

Organisation et planification des soins pour les personnes ayant des troubles psychiques

Recommandation 1

Organiser et planifier les soins en tenant compte des préconisations de l'OMS :

Développement des soins de santé primaire.

Intégration de la psychiatrie dans la médecine en général

Développement des services de proximité y compris les hospitalisations.

En conséquence, récusation du modèle asilaire et suppression des grands hôpitaux psychiatriques

Recommandation 2

Mettre en place un plan commun de réhabilitation psychosociale (réinsertion et soins) qui promeuve les alternatives à l'hospitalisation et l'intégration des patients dans la communauté.

Aspects financiers et administratifs : impact économique, formation professionnelle, participation des ONG

Recommandation 1

Former à la santé mentale les intervenants du niveau primaire (médecins généralistes, infirmiers de districts, etc.)

Projets

Adaptation du MINI à la zone en fonction des résultats de l'enquête « la santé mentale en population générale : images et réalités »

Mettre en place des modules communs de formation à un outil de dépistage des troubles psychiatriques : le MINI déjà utilisé pour l'enquête.

Recommandation 2

Former les personnels plus spécialisés (médecins, infirmiers, sage-femmes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs, pharmaciens) en intégrant des modules de santé mentale dans les formations initiales et continues

Projet

Concevoir en commun et avec les relais universitaires existants des modules de formation validante.

Développer les échanges sous forme de stages dans des services de psychiatrie intégrés dans la communauté

Recommandation 3

Favoriser la formation continue lors de séminaires d'échanges et de partage d'expériences concrètes au niveau régional.

Projet

Poursuivre les rencontres régionales sur la santé mentale à une périodicité annuelle.

Recherche, évaluation des pratiques

Recommandation 1

Soutenir des projets de recherche pour une évaluation régulière ou spécifique en santé mentale.

Projets

Analyser d'un point de vue socio-anthropologique les itinéraires de recours aux soins en référence aux résultats de l'enquête « la santé mentale en population générale : images et réalités ».

Analyser les pratiques sociales concernant les psychotropes.

Préparer la méthodologie et envisager la faisabilité d'une étude socio-anthropologique épidémiologique des troubles psychiques de l'enfant et de leurs conséquences.

CONCLUSION

Les Deuxièmes rencontres régionales sur la santé mentale dans l'Océan indien ont permis la mise au point d'un programme commun d'actions en santé mentale dans l'Océan indien :

- la création officielle d'un Réseau de santé mentale communautaire
- la rédaction d'une Charte d'intention pour la santé mentale
- l'élaboration d'un programme d'actions concrètes et communes.

Tous les éléments ont été validés par l'ensemble des participants des pays représentés.

C'est l'aboutissement d'un long travail en commun, débuté en 1995, grâce à l'enquête "La santé mentale en population générale : images et réalités", co-financée par les Etats, l'OMS et le Ministère français des affaires étrangères.

Pour que ce réel élan s'installe dans la durée, et soit le signe d'un développement durable, il convient aux Etats, aux organisations internationales et aux acteurs locaux, d'œuvrer ensemble à la concrétisation rapide des pistes de partenariats dessinées lors de ces rencontres.

ANNEXES

Liste des participants des deuxièmes rencontres régionales sur la santé mentale dans l'Océan Indien

Résumé analytique OMS-Afro

Charte d'intention pour la santé mentale dans l'Océan Indien

Liste des signataires de la Charte au 14 juin 2003