



TRENTE ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 2.6.6 de l'ordre du jour provisoire

PROGRAMME A MOYEN TERME DE SANTE MENTALE

1975-1982

Rapport du Directeur général



Tout programme à moyen terme résulte d'accords conclus entre les pays et l'OMS quant aux activités à entreprendre au cours d'une période donnée. Cela implique que la formulation du programme sera la phase finale d'un processus de consultations et de discussions auxquelles participeront les autorités sanitaires nationales, des experts de différentes disciplines, des représentants de divers secteurs d'action sociale et des collectivités desservies, et des membres du personnel de l'OMS.

Ces principes ont été appliqués à l'élaboration du programme de santé mentale que l'Assemblée de la Santé souhaitera peut-être considérer comme une étude de cas pour la programmation à moyen terme.

En application de la résolution EB61.R28, le présent rapport décrit la manière dont le programme à moyen terme de santé mentale a été élaboré. Pour aider l'Assemblée à examiner les résultats du processus de programmation à moyen terme, il expose la nouvelle orientation et les nouvelles activités du programme.

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	3
1.1 Principes directeurs	3
1.2 Champ de l'action de santé mentale	3
2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PROGRAMME	4
2.1 Consultation avec les Etats Membres et orientation donnée au programme	4
2.2 Les groupes de coordination dans le programme de santé mentale : nouveau mécanisme pour l'élaboration du programme et la coopération technique	5
2.3 Liens entre la programmation à moyen terme et d'autres éléments du développement du programme	6
2.4 La programmation à moyen terme, processus continu d'ajustement aux besoins des pays	7
3. LE PRODUIT : UN PROGRAMME A MOYEN TERME	7
3.1 Principes	7
3.2 Objectifs	8
3.3 Approches	9
3.4 Activités en cours	10
3.4.1 Développement des services de santé complets et des personnels	10
3.4.2 Aspects psycho-sociaux de l'environnement humain	13
3.4.3 Recherche	15
3.4.4 Coordination et appui du programme	17
3.5 L'exposé du programme à moyen terme : un instrument utilisable pour la planification, l'exécution et l'évaluation du programme	18
ANNEXE : Liste d'activités - Programme OMS à moyen terme de santé mentale, 1975-1982 ..	20

1. INTRODUCTION

1.1 Principes directeurs

Au cours des trois dernières années, diverses résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé ont entraîné la réorientation de la politique et de la stratégie d'ensemble de l'Organisation.¹ Ces résolutions soulignaient l'importance capitale que présentent, pour la réalisation des objectifs ultimes de l'OMS en matière de santé, les programmes de coopération technique socialement pertinents, visant des buts sanitaires nationaux bien définis, qui concourent à promouvoir l'autoresponsabilité nationale et contribuent directement et notablement à l'amélioration de l'état de santé des populations desservies.

Pendant cette période, au cours de laquelle la pertinence sociale des programmes de santé a été promue au rang de principe directeur, la santé mentale est devenue un sujet majeur de préoccupation pour les Etats Membres qui, à travers une série de résolutions, ont prié le Directeur général d'élaborer de nouveaux programmes et activités destinés à répondre à leurs problèmes urgents de santé mentale. C'est ainsi que l'Assemblée de la Santé et les Comités régionaux ont demandé que des mesures soient prises en ce qui concerne les facteurs psychosociaux et la santé (WHA28.50, WHA29.21); la pharmacodépendance (WHA28.80); l'arriération mentale (WHA28.57, WHA30.38, SEA/RC30/R4); les problèmes liés à la consommation d'alcool (WHA28.81, WPR/RC27/R5); la promotion de la santé mentale (WHA28.84, AMR/RC28/R33, EMR/RC25/R14, EUR/RC23/R3); il a également été demandé que des décisions soient prises en rapport avec les conventions internationales sur les stupéfiants (WHA30.18). En outre, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général, par sa résolution WHA30.45 (Programme spécial de coopération technique en santé mentale), de collaborer avec les pays intéressés à la mise au point de plans pour une action pertinente de santé mentale dans le cadre des services généraux sanitaires et sociaux; de faciliter la coopération entre pays pour accroître les ressources humaines et assurer l'application de technologies appropriées du domaine des sciences de la santé mentale et du comportement; et de donner aux activités relatives à ces problèmes une importance toute particulière dans le programme OMS de santé mentale.

Le présent rapport est présenté à l'Assemblée en application de la résolution EB61.R28 - Examen du programme à moyen terme de santé mentale.

1.2 Champ de l'action de santé mentale

Ces dernières années est apparue une nouvelle conception de la santé mentale qui met en relief ses aspects sociaux et ses relations avec la santé publique, au lieu de l'associer uniquement, en tant que branche de la médecine, aux maladies mentales et à la psychiatrie. L'action de santé mentale prend également une nouvelle dimension du fait de son application au domaine social, notamment pour prévenir les conséquences néfastes d'une rapide évolution socio-économique caractérisée par l'urbanisation, les modifications de structure de la famille et les nouvelles possibilités d'éducation. L'OMS, en s'employant à promouvoir cette nouvelle image et cet élargissement du champ de l'action de santé mentale, a fortement souligné la nécessité de mesures simples, réalistes et permettant d'obtenir des résultats dans un laps de temps assez bref.

Les programmes de santé mentale conçus dans cette optique comportent trois grandes orientations :

Premièrement, la promotion de la santé mentale par des activités portant notamment sur le développement psycho-social de l'enfant, le contrôle de l'environnement industriel et la sauvegarde des éléments protecteurs que renferment les modes de vie traditionnels et les relations familiales.

¹ Notamment les résolutions suivantes : WHA28.75, WHA28.76, WHA29.48, WHA30.30, WHA30.43 et WHA29.20.

Deuxièmement, la lutte contre les troubles mentaux et neurologiques tels que les psychoses, les névroses, les troubles de la personnalité, l'arriération mentale et l'épilepsie, et contre des problèmes psycho-sociaux tels que la pharmacodépendance, les problèmes liés à la consommation d'alcool, et les composantes psychiques des maladies somatiques, par exemple l'anxiété ou la dépression qui peuvent retarder la réadaptation des malades atteints de handicaps moteurs ou de maladies cardio-vasculaires.

Troisièmement, le programme porte sur les facteurs psycho-sociaux dont peut dépendre le succès ou l'échec d'importantes initiatives de santé publique, tels les facteurs déterminant l'acceptation des campagnes de vaccination de masse, de la fluoration de l'eau ou de la régulation de la fécondité; l'établissement de groupes d'auto-assistance et d'autres formes de participation de la collectivité; et l'orientation et la motivation des personnels de santé.

Il est évident qu'une telle gamme de problèmes dépasse de loin les compétences ou les responsabilités d'un seul et même groupe professionnel, voire des services de santé eux-mêmes. Il s'ensuit que de nombreuses catégories de personnel seront directement engagées dans le programme : travailleurs sanitaires de tous types, spécialistes des sciences du comportement, assistants sociaux et personnel chargé de responsabilités en matière de justice, de planification économique et sociale, de politique du logement et d'éducation. La tâche la plus ardue qu'ait engendré l'élaboration du programme à moyen terme de santé mentale a été d'établir des liens et des mécanismes de coordination entre ces différents groupes et secteurs, tout en conservant un ensemble clairement défini d'objectifs et d'activités destinés à répondre aux besoins les plus urgents des pays en matière de santé mentale.

On trouvera ci-après un exposé de la manière dont les priorités du programme ont été choisies dans le cadre ainsi défini et des activités déjà en cours pour appliquer les décisions prises durant le processus de programmation à moyen terme.

2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PROGRAMME

2.1 Consultation avec les Etats Membres et orientation donnée au programme

Tout programme à moyen terme résulte d'accords conclus entre les pays et l'OMS quant aux activités à entreprendre au cours d'une période donnée. Cela implique que la formulation du programme sera la phase finale d'un processus de consultations et de discussions auquel participeront les autorités sanitaires nationales, des experts de différentes disciplines, des représentants de divers secteurs d'action sociale et des collectivités desservies, et des membres du personnel de l'OMS.

Pour le programme de santé mentale, ce processus de discussions et de consultations a débuté en 1974 et s'est poursuivi jusqu'à la fin de 1975, lorsque a été établi le projet d'exposé de programme. Au cours de cette période de 18 mois, toutes les activités antérieures en matière de santé mentale entreprises par les bureaux régionaux ou le Siège ont été passées en revue et des propositions de programmes émanant des autorités nationales, du personnel de l'OMS et de conseillers ont été discutées à l'occasion d'une série de consultations organisées à titre officieux. Des observations et suggestions ont été obtenues auprès des responsables d'autres programmes de l'OMS et des groupes d'action interprogrammes ont été constitués dans certains cas. Des fonctionnaires de l'OMS se sont rendus dans les pays et les propositions ont été étudiées avec les autorités nationales. Le tableau d'experts et les directeurs des centres collaborateurs de l'OMS ont été invités à faire savoir si, à leur avis, les propositions étaient judicieuses sur le plan technique. La doctrine du programme et sa conformité avec les principes énoncés par l'Assemblée mondiale de la Santé et contenus dans le sixième programme général de travail, que l'on arrêta sous sa forme définitive à cette époque, ont été régulièrement examinées.

Il en est résulté un programme réorienté vers une approche de santé publique, qui met l'accent sur l'intégration des activités de santé mentale dans le développement global de l'infrastructure sanitaire et socio-économique, au lieu de porter uniquement sur un ensemble hautement spécialisé de compétences et de connaissances qu'il n'est pas possible d'appliquer en dehors d'établissements spéciaux.

La version définitive de la proposition relative au programme à moyen terme de santé mentale a été présentée en février 1976 au groupe de coordination pour le programme OMS de santé mentale. A cette réunion, le programme a été discuté, modifié et officiellement adopté.

2.2 Les groupes de coordination dans le programme de santé mentale : nouveau mécanisme pour l'élaboration du programme et la coopération technique

Les groupes de coordination constituent un nouveau mécanisme de coopération technique qui a été mis au point pour le programme de santé mentale. Ces groupes existent aux niveaux national, régional et mondial, une liaison est établie entre eux et ils sont conçus de manière à assurer la cohérence, la pertinence sociale et la coordination des activités de santé mentale incluses dans la coopération technique de l'OMS avec les pays. Les groupes nationaux et régionaux et le groupe mondial ont une structure et une composition parallèles. Participent donc à ces groupes des représentants d'un vaste éventail de secteurs et de disciplines, des institutions qui collaborent avec l'OMS, des organismes du système des Nations Unies, et des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Des membres des organes directeurs de l'OMS, ainsi que du personnel de l'OMS chargé des programmes de santé mentale et autres à tous les niveaux (dans les pays, dans les régions et au Siège) participent intégralement aux travaux de ces groupes.

A sa première réunion en février 1976, le groupe établi pour le programme mondial s'est mis d'accord sur le contenu du programme à moyen terme et sur les méthodes à adopter pour coordonner les activités. De plus, il a été décidé qui - du pays, du bureau régional ou du Siège - aurait la responsabilité principale de chacune des activités. Dix-huit mois plus tard, le groupe a tenu une seconde réunion (août 1977), cette fois au Bureau régional du Pacifique occidental, pour examiner l'état d'avancement du programme. La discussion a porté notamment sur la stratégie des groupes de coordination aux différents niveaux et sur les incidences que pouvaient avoir sur le programme à moyen terme les décisions prises par le Conseil exécutif, l'Assemblée mondiale de la Santé et les Comités régionaux depuis la première réunion du groupe; celui-ci s'est en outre mis d'accord sur les activités nécessaires pour développer encore le programme et pour le mettre en oeuvre.

Se fondant sur une évaluation critique des résultats obtenus jusque-là, le groupe a approuvé la stratégie du programme, il a souligné que les activités conçues pour inclure les problèmes de santé mentale dans la politique sanitaire formulée à l'échelon national devaient être au centre du programme, et il a recommandé de renforcer encore les groupes de coordination régionaux et nationaux.¹

En fait, les groupes de coordination régionaux fonctionnent déjà. Ils ont pour tâche principale de soumettre à un examen critique les besoins et les priorités à l'échelon régional et de formuler des recommandations pour les activités futures concernant les programmes de santé mentale et pour les contributions que les activités de santé mentale devraient apporter à d'autres programmes nationaux ou régionaux. Fait important, les membres ne se contentent pas de recommander des activités, ils assument la responsabilité de la coordination des travaux dans leur propre pays, ou du moins y participent.

En 1976, il s'est tenu dans la Région européenne une réunion du Comité consultatif sur le Programme européen de Santé mentale à Copenhague, tandis que le groupe sur la santé mentale pour la Région de la Méditerranée orientale se réunissait au Caire. A sa réunion de 1977, le Comité

¹ Rapport de la deuxième réunion du groupe de coordination du Programme OMS de Santé mentale, Manille, 18-24 août 1977, MNH/77.9 (exemplaires disponibles sur demande).

régional du Pacifique occidental a demandé que la question de la création d'un tel groupe dans cette Région soit inscrite à l'ordre du jour de la session de 1978 et qu'un document à ce sujet soit préparé à son intention. Dans la Région africaine, des propositions ont été élaborées de concert avec les autorités nationales en vue de constituer un groupe d'action sur la santé mentale chargé de planifier et d'exécuter les programmes de santé mentale au niveau des pays. En décembre 1977, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a organisé la première réunion de son groupe consultatif pour la santé mentale. Des séances conjointes avec la Consultation sur la technologie appropriée pour la santé ont eu lieu pour discuter des facteurs psycho-sociaux influant sur l'acceptation de la technologie et la sélection d'une technologie appropriée dans le domaine de la santé mentale. La réunion a renouvelé les recommandations concernant l'établissement de groupes consultatifs nationaux pour la santé mentale faites par le groupe de coordination mondial en août 1977. Un mécanisme analogue est en cours d'élaboration dans la Région des Amériques et la première réunion sur les perspectives de coopération technique dans le domaine de la santé mentale en Amérique latine aura lieu en avril 1978.

A l'échelon national des mécanismes de coordination de divers types ont été établis. C'est ainsi qu'il a été créé en Colombie et en Inde des centres de ressources pluridisciplinaires chargés d'aider les groupes de coordination régionaux dans leurs travaux, de coordonner les activités dans ces pays et de coopérer avec d'autres pays et avec l'OMS en vue de mettre au point des technologies appropriées de santé mentale comprenant des méthodes simples de traitement et de prévention, ainsi qu'un programme de formation pour le personnel des services de soins de santé primaires. Les organes consultatifs de ces centres comprennent des représentants des autorités scientifiques et de santé publique des pays, ce qui facilite notamment l'application immédiate des résultats obtenus par les centres. Dans les cinq pays africains qui participent au Programme spécial OMS de coopération technique en santé mentale, des groupes de planification nationaux intersectoriels ont été constitués et une liaison est en cours d'instauration entre ces groupes. Dans un autre pays, il a été constitué un groupe de liaison composé d'un fonctionnaire spécialisé dans la santé publique internationale, d'un représentant de l'association nationale des professionnels de la santé mentale et d'autres experts de la santé mentale. Dans un autre pays enfin, la collaboration avec l'OMS s'effectue par l'intermédiaire du Conseil consultatif d'une association d'universités qui coopèrent entre elles sous l'égide de l'OMS. Ces modèles en matière d'activités de coordination à l'échelon national ainsi que d'autres feront l'objet d'évaluations afin que d'autres pays puissent profiter de l'expérience acquise.

2.3 Liens entre la programmation à moyen terme et d'autres éléments du développement du programme

La programmation à moyen terme n'est qu'un des éléments du développement du programme. Il s'y ajoute la programmation sanitaire par pays, l'évaluation du programme, l'établissement du budget programme et le développement des systèmes d'information. Au cours de l'élaboration du programme à moyen terme de santé mentale, les relations réciproques entre ces éléments sont devenues évidentes. Il est utile d'étudier séparément les principes généraux et les principes directeurs qui régissent l'exécution de chacune de ces fonctions mais, lorsqu'on passe à l'application de ces principes, les éléments convergent et s'entremêlent étroitement.

Pour que les activités de santé mentale soient compatibles avec les priorités globales des pays, la programmation à moyen terme doit être articulée avec la programmation sanitaire par pays. Aussi les responsables de la programmation sanitaire par pays doivent-ils participer aux travaux des groupes de coordination nationaux. L'évaluation du programme repose sur l'expérience acquise à l'échelon national. Les groupes de coordination régionaux et le groupe de coordination mondial se réfèrent à cette information pour adapter le programme aux besoins des pays, d'où, bien entendu, la nécessité d'un système d'information efficace; "l'exposé du programme" (voir section 3.5) en est l'outil fondamental. Ce document décrit toutes les activités du programme et l'on y insère progressivement les rapports d'évaluation et les modifications apportées au programme.¹ La communication se trouve facilitée du fait que tous ceux qui participent au programme ont un accès immédiat à la même information mise à jour. Enfin, l'établissement du budget

¹ Pour s'en rendre compte, il suffit de consulter l'exposé du programme à moyen terme dont on peut obtenir le texte sur demande.

programme fait partie intégrante du programme à moyen terme. La description des activités figurant dans l'exposé du programme sert de base pour la préparation de propositions budgétaires à l'intention des organismes directeurs. Le calendrier des réunions des groupes de coordination mondial et régionaux a été conçu pour tenir compte du cycle biennal de budgétisation.

2.4 La programmation à moyen terme, processus continu d'ajustement aux besoins des pays

La programmation à moyen terme est un processus continu. Les programmes élaborés en un point donné dans le temps doivent pouvoir être adaptés en fonction de l'évolution des besoins des pays et d'exigences qui n'ont pas pu être prévues au moment de la conception du programme. Ces faits nouveaux peuvent résulter i) de changements de politique introduits par des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et des comités régionaux (WHA30.45 - programme spécial de coopération technique en santé mentale - et SEA/RC30/R4 - arriération mentale - par exemple); ii) de restrictions budgétaires ou d'acquisition de crédits non prévues au stade de la planification; iii) de nouvelles responsabilités confiées à l'Organisation mondiale de la Santé par des traités internationaux et des conventions internationales ou par des instruments des Nations Unies tels que la Convention sur les Substances psychotropes qui est entrée en vigueur en août 1976; iv) d'innovations techniques dans le domaine des médicaments, des méthodes de diagnostic ou de la formation; v) de la création de nouveaux programmes de l'OMS ou de nouveaux programmes nationaux comprenant un élément santé mentale, comme le programme OMS de technologie appropriée pour la santé. Tous les exemples cités ci-dessus ont entraîné des modifications dans le programme. Dans certains cas, il a suffi d'adapter des activités existantes, tandis que dans d'autres il a fallu mettre sur pied de nouvelles activités dans le cadre général du programme. Ces opérations n'ont été rendues possibles que par la souplesse de la structure du programme et grâce aux consultations régulières des groupes de coordination.

L'expérience acquise dans le cadre de la mise en oeuvre du programme au niveau des pays est régulièrement passée en revue par les groupes de coordination aux échelons national, régional et mondial. Les résultats de l'évaluation peuvent donc être utilisés sans retard pour modifier l'orientation du programme et ajuster les activités. Ainsi, grâce aux enseignements de l'expérience, il est possible de rectifier sans cesse et d'améliorer le programme pour qu'il réponde mieux aux besoins des pays.

3. LE PRODUIT : UN PROGRAMME A MOYEN TERME

3.1 Principes

Le processus décrit plus haut et le développement du mécanisme des groupes de coordination ont beaucoup contribué à assurer que le programme à moyen terme de santé mentale concorde bien avec le sixième programme général de travail, avec les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et des Comités régionaux et - ce qui importe le plus - avec les besoins des Etats Membres.

La santé mentale est conçue comme faisant partie intégrante des programmes de santé publique et d'action sociale - et c'est là la pierre angulaire du programme. L'insertion d'une composante "santé mentale" dans l'action sanitaire intégrée au développement social d'ensemble, l'adoption de méthodes culturellement pertinentes dont l'applicabilité, l'efficacité et l'acceptabilité pour la population sont démontrées, ainsi que la coopération avec et entre les pays, sont donc à la base même de la stratégie du programme.

Cette stratégie se fonde sur une triple action. Tout d'abord, un processus permanent de consultation permet une entente avec et entre les Etats Membres pour ce qui est de leurs besoins, des priorités d'action et des plans de mise en oeuvre, démarche dont les groupes de coordination sont les principaux instruments. Ensuite, on met au point une technologie en choisissant et en adaptant les techniques existantes ou bien en élaborant de nouvelles. Pour ce faire, on a recours aux réseaux de centres collaborateurs, à la coordination des études collectives, à la création de centres animateurs dans les pays en développement, aux activités de formation et à la diffusion de l'information. Enfin, les pays et l'OMS collaborent à l'application des technologies et à leur évaluation critique. Ces trois types d'activités sont menées simultanément et en étroite coordination.

Il importe de souligner que l'un des grands principes dont s'inspire le programme à moyen terme de santé mentale est que les activités exécutées aux différents niveaux doivent être complémentaires comme cela se passe pour les pièces d'une mosaïque qui, lorsqu'on les regarde ensemble, forment un tableau cohérent. Au cours de ses deux premières années, le programme a prouvé la supériorité de sa structure horizontale et de collaboration sur une structure verticale et hiérarchique; cette structure horizontale paraît acceptable à tous les intéressés.

3.2 Objectifs

Après une analyse critique de la nature et de la portée des problèmes de santé mentale et des possibilités d'intervention, les objectifs à moyen terme ci-après ont été fixés pour le programme.

i) Prévention ou atténuation des problèmes psychiatriques, neurologiques et psycho-sociaux, y compris les problèmes liés à la consommation d'alcool et à la pharmacodépendance

Quelque 40 millions d'individus à travers le monde souffrent à un moment ou à un autre de maladie mentale prononcée et plus du double sont gravement handicapés par la pharmacodépendance, les problèmes liés à la consommation d'alcool, l'arriération mentale ou les troubles organiques du système nerveux aboutissant à des affections psychiatriques ou neurologiques. Si les estimations varient quant au nombre des individus atteints de troubles mentaux moins graves mais malgré tout incapacitants, il demeure que le chiffre dépasse certainement 200 millions. Dans bien des pays, les troubles mentaux sont la principale cause d'incapacité pour deux handicapés sur cinq. Dans les pays économiquement développés, un lit d'hôpital sur trois est réservé à un malade psychiatrique et, dans les pays en développement, près d'un cinquième de tous ceux qui sollicitent l'aide des services de santé généraux souffrent d'une forme ou d'une autre de trouble mental. Tout porte à croire que la prévalence déjà élevée des troubles mentaux ne fera que croître au cours des prochaines décennies.

ii) Accroissement de l'efficacité des services de santé généraux par l'utilisation appropriée des connaissances et techniques en santé mentale

L'action de santé mentale intégrée aux soins de santé généraux peut améliorer la situation sanitaire des utilisateurs des services et accroître l'efficacité des soins. L'application de bien des technologies hautement élaborées s'est soldée par un échec parce qu'on ne s'est pas suffisamment soucié de la motivation, des attitudes et des attentes des prestataires comme des prestataires de soins. Le manque d'enthousiasme ou le refus d'accepter une mesure de santé publique telle que la vaccination ou l'avis d'un médecin, l'apparition d'effets psychiques secondaires évitables et de troubles psychiques iatrogènes peut contrecarrer radicalement les avantages individuels et sociaux de certaines interventions.

Ces obstacles comportementaux à l'action sanitaire se produisent généralement parce que la psychologie des gens auxquels s'adresse cette action est mal connue ou bien parce que les prestataires ne savent pas communiquer avec les prestataires ou manquent d'autres compétences psycho-sociales. La participation des travailleurs de santé mentale à la planification des interventions de santé publique et la familiarisation du personnel des services de santé généraux avec les techniques psycho-sociales fondamentales peuvent contribuer notablement à améliorer l'efficacité des soins de santé et à satisfaire les prestataires de soins.

iii) Mise au point de stratégies d'intervention fondées sur une meilleure conscience des rapports entre la santé mentale d'une part et l'action sociale et les transformations de la société d'autre part

Les interventions d'ordre social et les transformations socio-économiques rapides peuvent déséquilibrer, voire détruire, les systèmes traditionnels de support social, favorisant ainsi l'insécurité, et multiplier les problèmes psycho-sociaux tels que l'alcoolisme, la violence et la délinquance. Des interventions d'ordre social planifiées et des transformations qui, elles, ne le sont pas exercent directement des effets majeurs sur la santé mentale, par exemple en déracinant et brisant les familles. Il importe que les organes de décision et les prestataires

de soins prennent conscience de ces rapports, apprennent à les prévoir et adoptent des mesures pour prévenir les troubles psychiques et le désarroi que peuvent déclencher les interventions et mutations sociales.

3.3 Approches

En collaboration avec les pays et compte tenu de leur situation socio-économique et sanitaire, différentes approches ont été sélectionnées en vue des objectifs mentionnés plus haut :

- i) Améliorer la coordination entre services et institutions s'occupant des problèmes de santé mentale aux niveaux national, régional et mondial.
- ii) Mieux faire prendre conscience aux responsables des décisions, prestataires de services de santé et autres instances de développement socio-économique et sanitaire des répercussions que peut avoir sur la santé mentale l'action sociale, économique et environnementale et instituer des moyens d'accroître la participation de la collectivité aux programmes de santé mentale.
- iii) Elaborer des méthodes permettant de planifier et d'organiser les programmes de santé mentale en tant que partie intégrante des plans nationaux d'action sanitaire, en prévoyant notamment le contrôle et l'évaluation de l'efficacité des programmes de santé mentale.
- iv) Promouvoir l'intégration des composantes "santé mentale" dans les soins de santé généraux et la collaboration entre les services de santé mentale et les services généraux de santé, d'action sociale, d'éducation et autres.
- v) Elaborer des méthodes et des stratégies destinées à promouvoir l'application des connaissances existantes en santé mentale - y compris dans des disciplines telles que la psychiatrie, la neurologie, la psychopharmacologie et les sciences du comportement - aux problèmes prioritaires identifiés dans les pays, les régions et le monde entier.
- vi) Mettre en place des mécanismes propres à faciliter le transfert de l'information, eu égard notamment au développement des services et personnels de santé mentale, aux aspects psycho-sociaux de la santé et des soins de santé et à la recherche adaptée aux besoins des pays. Sur ce point, une attention spéciale devra être accordée à l'information sur l'ampleur et la nature des problèmes de santé mentale et leur évolution dans le temps.
- vii) Elaborer des stratégies qui permettront de renforcer, chez un vaste éventail de personnel sanitaire et autre, la volonté et la capacité de s'attaquer aux problèmes de santé mentale.
- viii) Encourager et coordonner la recherche, en insistant spécialement sur la mise au point de méthodes de traitement efficaces et autres éléments des soins de santé mentale et sur le fonctionnement des services de santé mentale; sur les aspects épidémiologiques et transculturels des problèmes mentaux, neurologiques et psycho-sociaux, y compris les problèmes liés à la consommation d'alcool et à la pharmacodépendance; sur les aspects cliniques et biologiques de la psychiatrie et de la neurologie; sur les aspects psycho-sociaux de la santé et des soins de santé ainsi que sur les méthodes et stratégies liées aux aspects psycho-sociaux de l'incapacité, eu égard plus particulièrement aux troubles neurologiques et psychiatriques. Dans tous ces secteurs, la plus haute priorité sera accordée à l'objectif de l'autoresponsabilité nationale en matière de recherche.
- ix) Exercer les fonctions confiées à l'OMS en vertu des conventions internationales pertinentes sur les stupéfiants et les substances psychotropes.
- x) Collaborer avec l'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées et avec des organisations non gouvernementales à la solution des problèmes liés à la consommation d'alcool et à l'usage non médical des médicaments engendrant la dépendance, aux activités de réadaptation et d'intégration dans la collectivité des personnes atteintes d'arriération mentale ou d'autres handicaps, et à d'autres activités concernant les problèmes liés au développement socio-économique d'ensemble (par exemple, réinstallation de populations) ou à l'amélioration de la qualité de la vie (par exemple, logement et nutrition).

3.4 Activités en cours

Le programme de santé mentale doit contribuer à la réalisation des objectifs énoncés dans le sixième programme général de travail. Aussi les activités qui le composent sont-elles regroupées en fonction des principales zones d'intervention énoncées dans le programme général de travail. L'annexe 1 donne la liste de ces activités.¹ Les paragraphes qui suivent illustrent de façon résumée les activités menées actuellement dans le cadre du programme à moyen terme.

3.4.1 Développement des services de santé complets et des personnels

Pour assurer des services capables de s'attaquer aux problèmes mentaux, neurologiques et psycho-sociaux, les pays doivent formuler une politique et une stratégie détaillées, choisir les techniques les mieux adaptées, former du personnel à l'utilisation de ces techniques et évaluer le succès du programme. Les activités de coopération menées par l'OMS en ce qui concerne le développement des services et des personnels se situent donc à chacun de ces niveaux.

Formulation des politiques et stratégies

Le programme de santé mentale comporte dans chaque Région des activités destinées à promouvoir la cause de la santé mentale lors de l'élaboration des politiques nationales. Ces efforts (01/01/04/AFRO, /AMRO, /EMRO, /EURO, /SEARO, /WPRO)² supposent d'étroites relations de travail avec les autorités nationales. Pour ces projets, les bureaux régionaux assurent la coordination des apports de l'OMS, en faisant appel à des consultants et à des fonctionnaires du Siège. L'échange d'informations et l'essai de différentes approches de la formulation des politiques sont assurés par une étroite collaboration interrégionale.

Le Programme spécial de coopération technique en santé mentale auquel participent activement le Botswana, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, le Souaziland et la Zambie offre un exemple des tentatives faites en vue d'encourager la coopération entre pays pour la formulation des politiques et des stratégies. Dans chaque pays participant, une évaluation globale des besoins et du potentiel en santé mentale a été faite conjointement par les autorités nationales et des fonctionnaires de l'OMS. Des groupes nationaux de coordination ont été créés pour assurer une étroite collaboration à l'intérieur des services de santé ainsi qu'avec d'autres secteurs-clés (par exemple, action sociale, éducation, police, justice) pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de santé mentale. Pour assurer la liaison entre ces groupes nationaux, des réunions officielles rassemblent des représentants de chaque groupe qui examinent les possibilités d'action conjointe en vue de résoudre les problèmes d'intérêt commun.

Afin de choisir les stratégies appropriées pour la mise en oeuvre des politiques nationales de santé mentale, les pays doivent être renseignés sur les possibilités d'application et l'efficacité de différentes approches. Mettre cette information à la disposition des pays est donc une activité importante du programme, qui est menée par le biais de publications, de consultations aux niveaux national et régional, de conférences-ateliers sur des sujets précis et d'études critiques, accompagnées de bibliographies, sur des questions particulières (voir plus loin parties 3.4.2 et 3.4.4). On en trouvera un exemple dans l'étude actuelle des mesures nationales de prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool, dans le cadre de laquelle des renseignements détaillés ont été recueillis dans 45 pays sur la législation, la réglementation et les mesures éducatives; ses résultats seront examinés en 1979 par un comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (01/03/02). Autre exemple, la récente enquête internationale sur la législation en matière de santé mentale dans 43 pays, dont la Région de la Méditerranée orientale qui a fait l'objet d'une étude détaillée; elle s'est conclue par un rapport contenant notamment des directives sur l'évaluation et l'établissement de la législation en matière de santé mentale (01/02/01/EMRO).

¹ On trouvera une description complète de toutes les activités du programme dans le document contenant l'exposé du programme à moyen terme de santé mentale, dont des exemplaires peuvent être consultés dans la salle de réunion.

² Les cotes indiquées entre parenthèses se rapportent à la liste des activités qui figure à l'annexe 1 et respectent la structure de l'exposé du programme à moyen terme de santé mentale, qui figure dans la partie 3.5.

Un certain nombre d'Etats Membres ont déjà choisi d'inclure la santé mentale dans les programmes où l'OMS collabore avec eux et ont prévu dans leur budget les crédits correspondants pour plusieurs années. Les échanges de travailleurs et d'expériences entre pays comparables sur le plan socio-économique, la planification et la formation conjointes font de plus en plus partie de ces programmes de coopération. Certains couvrent toute la gamme des problèmes de santé mentale et psycho-sociaux, tandis que d'autres programmes portent sur des problèmes particuliers, tels que la pharmacodépendance. Dans six pays¹ des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont lieu actuellement des programmes de prévention et de traitement de la pharmacodépendance, qui bénéficient tous d'une aide extrabudgétaire du FNULAD. La nouvelle stratégie mise à l'essai dans ce cadre consiste à organiser des soins de santé primaires dans des collectivités qui produisent de l'opium et qui, en l'absence d'autres possibilités, se servent de l'opium pour soigner les maladies courantes chez les adultes comme chez les enfants. La surveillance épidémiologique, le dépistage, la détoxification, la réadaptation, la formation et la fourniture de matériel de laboratoire comptent parmi les autres composantes de ces programmes.

Sélection et mise au point d'une technologie appropriée

L'essai de stratégies nouvelles en matière de prestations de soins de santé mentale est un élément essentiel du développement du programme. Avant d'introduire dans la pratique des approches nouvelles, les responsables de la planification sanitaire ont besoin d'informations précises ayant fait l'objet d'une évaluation critique sur la faisabilité de ces approches, leur coût, leur efficacité et les besoins de formation qu'elles supposent. En l'absence de renseignements détaillés, il est impossible de mettre en oeuvre les initiatives dont nul ne conteste plus aujourd'hui la nécessité : décentralisation des soins de santé mentale et intégration dans les services de santé généraux; mise en place, dans le cadre des soins de santé primaires, de mesures simples pour résoudre les problèmes prioritaires; enfin, promotion de solutions communautaires aux problèmes de santé mentale.

La recherche sur les services de santé permet d'obtenir cette information, mais, bien souvent, les pays pris isolément ne disposent pas des ressources nécessaires. C'est pourquoi il faut souvent entreprendre des projets collectifs afin d'encourager la recherche, partager les connaissances techniques et faire en sorte que les résultats soient largement applicables et rapidement diffusés.

L'une des approches consiste à faire participer à la recherche opérationnelle des zones pilotes sélectionnées pour évaluer l'efficacité des services existants et fournir des renseignements qui serviront à planifier, organiser et dispenser des services complets et intégrés de santé mentale dans la collectivité. Cette approche est particulièrement intéressante pour les pays développés, et une étude dans ce sens est en cours dans 18 pays de la Région européenne (01/01/03/EURO).

Dans les pays en développement où seule une faible proportion de la population a accès à des services de santé mentale, une approche différente a été adoptée. Des équipes de six pays² travaillent de concert pour mettre au point et évaluer différentes méthodes peu coûteuses pour les soins de santé mentale (01/01/01). Des soins de santé mentale de base sont introduits progressivement dans des régions où ils n'existaient pas auparavant, en même temps que sont prises des mesures pour encourager la participation de la collectivité, y compris - s'il y a lieu - la collaboration avec les guérisseurs traditionnels.

D'autres projets interrégionaux sont en cours dans des pays développés et dans des pays en développement. C'est ainsi que sept pays ont participé à une étude sur la surveillance des besoins en santé mentale (05/02/01), aujourd'hui quasiment achevée. Ce projet a pour but de

¹ Il s'agit de l'Afghanistan, de la Birmanie, de l'Egypte, de l'Iran, du Pakistan et de la Thaïlande (toutes les activités sont regroupées sous la cote 01/04/01).

² Il s'agit du Brésil, de la Colombie, de l'Inde, des Philippines, du Sénégal et du Soudan.

mettre au point des méthodes plus simples d'évaluation des besoins et des ressources en ce qui concerne les soins de santé mentale. Autre exemple, l'étude collective des réactions de la collectivité aux problèmes liés à la consommation d'alcool (01/03/01), entreprise dans des collectivités rurales et urbaines d'Ecosse, du Mexique et de Zambie, qui a pour double objectif de déterminer le type et l'ampleur de la consommation d'alcool et des problèmes connexes et d'identifier les mesures à prendre au niveau de la collectivité pour atténuer ces problèmes.

L'expérience de ces travaux menés en coopération confirme qu'ils constituent un instrument valable et efficace de coopération technique entre pays et contribuent à stimuler la recherche axée sur la collectivité et la recherche sur les services de santé.

Une planification au niveau national exige des données à la fois concises, à jour et exactes sur les techniques existantes de prévention et de traitement des troubles mentaux. L'expérience montre également qu'il est nécessaire de trouver des techniques nouvelles. Aussi le programme cherche-t-il à faire une évaluation rigoureuse de l'efficacité des techniques existantes, de leur coût, de leur complexité et de leur acceptabilité pour différentes collectivités, à formuler des recommandations sur l'éventail des techniques dont ont besoin les pays et, le cas échéant, à mettre au point des techniques nouvelles.

Ces travaux ont abouti à l'établissement d'un rapport qui s'est déjà avéré d'un grand intérêt et qui contient une liste de médicaments nécessaires au traitement de chacun des principaux troubles neuropsychiatriques.¹ Ce rapport devrait aider les pays désireux d'adopter une politique limitant l'éventail des médicaments disponibles pour le traitement des troubles neuropsychiatriques. Semblable politique peut avoir des avantages sur les plans économique et logistique et conduire à une simplification des programmes de formation qui seraient désormais centrés sur l'utilisation sûre d'un nombre limité de produits. Les informations servant à mettre à jour cette liste et les orientations thérapeutiques sont recueillies à la faveur de recherches collectives. C'est ainsi qu'une étude internationale de grande importance (04/04/01) est actuellement conduite dans huit pays² pour tester l'efficacité des médicaments dans différentes populations à la lumière des observations cliniques sur les variations de l'efficacité et des posologies entre les pays. De plus, l'évaluation des substances psychotropes et des stupéfiants aux fins de contrôles nationaux et internationaux fondés sur le potentiel d'abus de ces produits - responsabilité expressément confiée à l'OMS - est actuellement conduite avec l'entière participation des Etats Membres (01/04/02).

Dans le domaine des sciences neurologiques, un réseau de centres collaborateurs concentre ses efforts sur le traitement de l'épilepsie (04/04/03). Les techniques de diagnostic et de chimiothérapie sont actuellement adaptées et testées (04/01/04/AMRO). Il existe déjà des directives concernant l'application au grand mal d'une thérapeutique de maintien et le traitement de l'état épileptique (01/01/06). Dans les deux cas les techniques sont peu coûteuses et assez simples pour être appliquées dans les centres de santé. Les recherches porteront également sur d'autres troubles neurologiques d'importance majeure pour la santé publique, par exemple les répercussions des maladies transmissibles affectant le cerveau. Ces centres, tout comme ceux qui s'occupent de psychiatrie biologique, mènent aussi des recherches qui apporteront peut-être les connaissances nécessaires à la prévention des troubles mentaux et neurologiques (04/03/01, 04/03/03). La prévention occupe également une place importante dans les projets concernant le traitement des groupes à haut risque (01/01/05, 01/01/05/EURO, 01/01/05/SEARO) et dans certaines des activités décrites à la section 3.4.2.

Dans le cadre des activités décrites ci-dessus ont fait aussi l'essai de techniques de dépistage rapide des troubles mentaux et de traitement des patients en état d'excitation aiguë essentiellement destinées à être utilisées par le personnel sanitaire de base des pays en développement.

¹ Rapport d'une réunion sur la chimiothérapie des troubles neuropsychiatriques dans les pays en développement, OMH/76.2 (anglais, espagnol, français).

² Les pays en cause sont la Colombie, les Etats-Unis d'Amérique, l'Inde, le Japon, le Nigéria, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

Développement des personnels

Toutes les activités du programme de santé mentale nécessitent un personnel possédant les compétences, les connaissances et les attitudes voulues. Or, relativement peu de psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale travaillent dans les pays en développement. On s'efforce donc d'accroître l'impact de leur action en orientant vers la santé publique l'enseignement qu'ils reçoivent au niveau postuniversitaire et en organisant différents types de cours de recyclage. Des mesures ont été prises pour promouvoir la formation de boursiers de l'OMS et d'autres personnels dans les pays en développement (05/03/02). Récemment, des cours sur la planification des services de santé (03/02/01/EURO) et sur les aspects sociaux et épidémiologiques de la psychiatrie (03/02/02) ont été donnés dans un réseau coordonné de centres. D'autres activités de formation ont trait à des domaines de compétence bien déterminés et ont adopté pour matière de leur enseignement les produits mêmes du programme : c'est le cas, par exemple, de la formation à l'utilisation rationnelle des médicaments (03/03/03/AMRO), des sciences neurologiques (03/03/02), de la pharmacodépendance et des problèmes liés à la consommation d'alcool (03/03/04/AMRO, /EURO et /SEARO). Ces activités de formation sont conçues pour promouvoir le rôle du psychiatre, du neurologue et d'autres professionnels et en faire des membres essentiels de l'équipe de santé, participant pleinement à la planification et à l'application des soins de santé mentale comme partie intégrante des services de santé.

Jusqu'à présent les connaissances en matière de santé mentale ont été diffusées dans un cercle assez étroit. On s'efforce donc en priorité de promouvoir la formation en santé mentale des travailleurs sanitaires en général, notamment les infirmières, les omnipraticiens, les administrateurs de la santé publique et les agents des services de santé périphériques (03/01/01/AMRO, /SEARO, /WPRO), ainsi que ceux qui, sans appartenir au secteur sanitaire, peuvent aider à soigner les malades mentaux et à promouvoir la santé mentale (par exemple, les travailleurs sociaux, les enseignants, les policiers). L'introduction des notions voulues de santé mentale dans l'enseignement médical (03/01/03/EMRO, /WPRO) et infirmier (03/01/04/AMRO, /EMRO, /SEARO, /WPRO) de base est un objectif important du programme. Dans ce dernier cas, on a créé un réseau d'établissements de formation qui échangent des informations sur leurs programmes, leurs objectifs éducatifs et leurs buts pédagogiques. A cela s'ajoutent la création de cours accélérés d'orientation en santé mentale pouvant être introduits dans l'enseignement de la santé publique (03/01/02/AMRO), ainsi que la mise au point et l'évaluation de méthodes et de matériels pédagogiques convenant au personnel des soins de santé primaires (03/01/05).

3.4.2 Aspects psycho-sociaux de l'environnement humain

Les conditions sociales et économiques, aussi bien que les facteurs psychologiques, qui ont leur origine dans la culture, les habitudes, le mode d'existence, la mobilité géographique et bien d'autres caractéristiques du "mode de vie" des groupes humains influent fortement sur l'apparition, les manifestations et l'issue de divers troubles physiques et mentaux. Toutefois, parmi les facteurs psycho-sociaux qui influencent la santé, il faut citer non seulement ceux qui sont causes de maladies, mais aussi ceux qui protègent la santé, qu'il s'agisse de réseaux sociaux protecteurs ou de comportements qui renforcent la résistance de l'individu aux tensions et à l'effort.

Ce double point de vue - axé d'une part sur les causes psycho-sociales de la vulnérabilité, et de l'autre sur les moyens communautaires et individuels de protection de la santé - soutient les éléments du programme de santé mentale qui visent à promouvoir et à appliquer les connaissances pouvant contribuer à l'amélioration de l'environnement humain. Deux mécanismes sont utilisés essentiellement : a) des conférences-ateliers pluridisciplinaires au cours desquelles des administrateurs de la santé publique de haut niveau, en provenance de pays en développement et de pays développés, exposent des problèmes prioritaires et discutent avec des experts des modalités d'application des connaissances actuelles pour résoudre ces problèmes; b) des activités concertées visant à mettre au point et à évaluer la technologie nécessaire à la mise en oeuvre du programme.

Ces deux mécanismes sont complémentaires et se renforcent mutuellement : les planificateurs sanitaires identifient les problèmes au niveau des pays (et au niveau inter-pays) et

déterminent ainsi l'orientation des recherches et des actions coordonnées par l'OMS; les produits des activités de l'OMS peuvent ensuite être appliqués au cours du processus de solution des problèmes. Le dialogue direct entre les planificateurs sanitaires nationaux et l'OMS, ainsi que les discussions entre planificateurs sanitaires qui ont lieu au cours de ces conférences-ateliers, se sont avérés très précieux pour la mise au point de la composante du programme concernant l'environnement. A cette date, des administrateurs de la santé publique de haut niveau provenant de plus de 20 pays¹ ont participé à ces conférences-ateliers, et l'on pense que d'ici à 1981 des planificateurs sanitaires de plus de la moitié des Etats Membres auront pris part à ces activités (02/02/02).

Parmi les facteurs psycho-sociaux influençant la santé, sur lesquels sont sélectivement dirigées les activités du programme de santé mentale, figurent celles qui sont énumérées ci-après : i) attitudes les plus fréquentes dans les collectivités (par exemple, attitudes déterminant l'acceptation de programmes sanitaires de masse comme la fluoruration de l'eau ou la régulation de la fécondité, attitudes vis-à-vis des troubles mentaux et perception de ces troubles); ii) compétences et comportements des individus et des groupes en matière de problèmes sanitaires; iii) réactions aux événements de la vie qui sont à l'origine de tensions; iv) groupes sociaux et conditions socio-économiques qui pourraient être mobilisés pour la protection de la santé mentale et physique.

On étudie actuellement l'action de ces facteurs psycho-sociaux en se référant à des groupes donnés de population représentant toute la gamme des conditions : malades mentaux courant un haut risque d'incapacité prononcée; populations vulnérables comme les migrants; groupes sains chez lesquels des troubles spécifiques pourraient être empêchés si l'on intégrait dans les programmes de santé publique des mesures fondées sur la connaissance des facteurs psycho-sociaux. Les méthodes employées ici appartiennent à des disciplines très diverses : épidémiologie, science du comportement, science clinique, pédagogie.

Une étude collective interculturelle (04/01/05) à laquelle participent des chercheurs de plusieurs pays² part des résultats obtenus dans une étude antérieure de l'OMS selon lesquels les troubles mentaux sérieux tendraient à avoir une évolution et une issue cliniques et sociales plus favorables dans les pays en développement que dans les pays développés. On recherche maintenant les facteurs spécifiques déterminant l'issue favorable des troubles mentaux graves en s'attachant tout spécialement au rôle protecteur de la famille, aux facteurs sociaux tempérant l'impact des événements de la vie qui sont cause de tension, et aux diverses modalités de resocialisation et de réadaptation qui existent dans les différents pays. Ce projet est fondé sur une approche épidémiologique et vise également à mettre au point des méthodes applicables sur le plan interculturel au dépistage précoce, à la surveillance et à l'étude comparée des troubles mentaux pouvant être soignés dans les collectivités (voir également 05/01/03).

D'autre part, des études sont en cours sur le problème de l'inadaptation sociale des malades mentaux (04/05/01). Des méthodes normalisées d'évaluation des incapacités et des handicaps sont actuellement établies par les chercheurs de six pays³ en vue de faciliter l'évaluation de stratégies et prestations de rechange visant à prévenir, à réduire ou à maîtriser ces invalidités. L'évaluation et le renforcement des aptitudes sociales et des comportements positifs chez les personnes exposées au risque d'handicap social par suite de maladie sont au centre des préoccupations, et l'on espère que la méthodologie mise au point sera étendue à l'évaluation de toute une gamme de troubles, notamment somatiques, et à la réadaptation des intéressés.

La prévalence croissante des troubles dépressifs pose la question de leur traitement efficace dans le cadre des soins de santé généraux. Dans le cadre d'un projet collectif (04/05/02)

¹ Algérie, Angola, Belgique, Bulgarie, Costa Rica, Côte d'Ivoire, France, Grèce, Liban, Mali, Maroc, Nigéria, Pologne, Rwanda, Sénégal, Soudan, Suède, Trinité et Tobago, Tunisie, Turquie, Viet Nam et Zaïre.

² Colombie, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Inde, Japon, Nigéria, Royaume-Uni, URSS.

³ Bulgarie, Pays-Bas, République fédérale d'Allemagne, Suède, Suisse, Yougoslavie.

mené dans cinq pays,¹ des techniques sont mises au point pour permettre aux services de santé généraux de dépister et de traiter à temps ces malades, ce qui réduira d'autant la charge qu'ils représentent pour les familles et les collectivités et diminuera le nombre des investigations inutiles et des aiguillages sur des services spécialisés dont les troubles mentaux non dépistés sont responsables dans une mesure excessive.

Le succès des mesures de santé publique dépend pour une large part de facteurs psychosociaux (02/02/01). Ainsi, les méthodes de régulation de la fécondité sont au centre des programmes de santé publique de masse menés dans de nombreux pays, et une étude concertée de l'OMS vise actuellement à en évaluer la sécurité sur le plan psycho-social (c'est-à-dire la probabilité de réactions psychiques adverses ou d'effets secondaires mentaux), qui joue un rôle important dans leur acceptation ou leur rejet par les populations. Les résultats de cette étude apporteront au planificateur de santé publique des informations objectives sur lesquelles il pourra fonder ses décisions concernant les possibilités d'application et les aspects coût/avantages de telle ou telle méthode de régulation de la fécondité comme la ligature des trompes. Une approche comparable préside à une étude récemment entreprise sur les attitudes vis-à-vis de la fluoruration de l'eau.

Le programme se préoccupe tout spécialement des populations migrant de part et d'autre des frontières (par exemple, les travailleurs migrants) ou qui vont des régions rurales vers les villes, en raison de leur nombre croissant et des effets adverses que peut avoir sur la santé le processus de "déracinement". Des recherches sur le développement psycho-social des enfants de travailleurs migrants (02/01/02) ont été mises en route en Belgique, en France, en République fédérale d'Allemagne et en Suisse. Les conditions de vie particulièrement éprouvantes des réfugiés et des travailleurs migrants en Afrique australe seront l'un des sujets sur lesquels insistera tout particulièrement la réponse de l'Organisation à la résolution WHA30.45. A la demande du Comité spécial des Nations Unies contre l'Apartheid, l'OMS a passé en revue la documentation témoignant des répercussions de la politique d'apartheid sur la santé mentale.

L'optimisation du développement psycho-social des enfants dans différentes cultures et dans différentes conditions socio-économiques constitue l'objectif d'un autre projet (01/01/05). Dans la Région des Amériques, on établit les plans d'activités visant à améliorer les soins psychosociaux aux enfants abandonnés et aux préadolescents dans les taudis péri-urbains (02/01/01/AMRO) et à évaluer l'effet des programmes de stimulation précoce sur les enfants qui courent un risque élevé de troubles mentaux et comportementaux (02/02/03/AMRO).

D'autres activités dans ce secteur ont trait aux aspects psychosociaux de l'environnement industriel (02/01/03), ainsi qu'à l'évaluation de ce qu'ont fait des groupes d'auto-assistance dans différents pays (par exemple, les clubs d'hypertendus) et du rôle des facteurs psychosociaux dans la réadaptation et le traitement des diabétiques et des personnes ayant eu un infarctus du myocarde.

Les efforts visant à comprendre les facteurs psychosociaux et à les exploiter pour améliorer l'état de santé de différentes populations sont nécessairement pluridisciplinaires et plurisectoriels, comme le montrent les multiples relations qui s'établissent actuellement entre le programme de santé mentale et d'autres programmes de l'OMS ainsi qu'avec des institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (voir également section 3.4.4).

3.4.3 Recherche

Le but primordial des recherches de santé mentale parrainées par l'OMS est de renforcer l'autoresponsabilité des pays pour tout ce qui a trait à l'acquisition des connaissances nécessaires pour surmonter les obstacles qui freinent le développement du programme. Les recherches fournissant les informations et les technologies nécessaires aux mesures pratiques dans le domaine de la santé mentale font partie intégrante d'un grand nombre d'activités du programme. Les résultats et l'objet de ces recherches ont donc été décrits dans le contexte des activités qu'elles complètent. La présente section expose brièvement les mécanismes utilisés pour renforcer le potentiel de recherche des pays et pour assurer la collaboration internationale nécessaire à l'obtention de connaissances et de technologies nouvelles.

¹ Canada, Inde, Iran, Japon et Suisse.

Le premier mécanisme est constitué par l'établissement de réseaux de centres collaborateurs qui mettent en commun leurs connaissances et leurs ressources et coopèrent à l'étude de problèmes importants. Ces réseaux sont maintenant à l'oeuvre dans les domaines de la psychopharmacologie, des sciences neurologiques, de la psychiatrie biologique, des approches sociales et épidémiologiques de la santé mentale, des facteurs psycho-sociaux liés à la santé, etc.

Un certain nombre de centres collaborateurs ont été officiellement désignés; d'autres centres et équipes de recherche coopèrent à des projets déterminés sans avoir été officiellement désignés comme centres collaborateurs de l'OMS. Mais, dans tous les cas, les centres ou groupes de recherche ont accumulé une expérience considérable de la recherche collective, se sont familiarisés avec d'autres méthodes et d'autres cadres de recherche et très souvent ont acquis, grâce à leurs travaux collectifs, la maîtrise de techniques et de méthodes de recherche nouvelles. Certains de ces centres sont déjà en mesure de s'attaquer à des problèmes scientifiques et pratiques complexes avec un minimum d'aide extérieure et assumeront progressivement des rôles de coordination dans les projets concertés. L'OMS a notamment pour fonction, en ce qui concerne ces réseaux de recherches collectives, d'obtenir les ressources extrabudgétaires qui sont nécessaires pour soutenir les travaux, notamment dans les pays en développement.

Un nouveau principe est actuellement appliqué avec la création de centres animateurs pluridisciplinaires en santé mentale (05/03/02) implantés dans des pays en développement (Colombie, Inde); ils sont décrits plus haut dans la section 2.2. Ces centres animateurs coopèrent étroitement avec les bureaux régionaux qui peuvent les utiliser en tant que groupes animateurs techniques entreprenant des tâches déterminées comme des enquêtes ou l'étude des connaissances relatives aux problèmes prioritaires dans la Région.

Un second mécanisme conduisant à l'autoresponsabilité est la formation à la recherche. Elle s'effectue dans les réseaux de centres collaborateurs et comporte le plus souvent la participation de stagiaires à des recherches collectives. L'OMS organise, de concert avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales intéressées, des échanges de chercheurs et des cours de formation portant sur des sujets déterminés (par exemple, les méthodes de recherche biologique (03/03/01) ou les méthodes de recherche épidémiologique en santé mentale (03/02/02)), ainsi que des conférences-ateliers nationales et régionales concernant expressément certains problèmes de recherche.

Un troisième mécanisme tire parti des avantages de la collaboration entre centres multiples pour établir les méthodes nécessaires aux études nationales et comparées. Il s'agit d'études concertées auxquelles participent activement le personnel de l'OMS et des consultants. Les méthodes qui sont en cours de mise au point ou adaptées à des cadres nouveaux entrent dans trois grandes catégories : celles qui se prêtent à l'évaluation des soins de santé mentale dans des secteurs déterminés, celles qui conviennent à l'évaluation de l'état de santé mentale et du fonctionnement social des individus, et celles qui sont nécessaires pour évaluer des caractéristiques biologiques spécifiques des sujets souffrant de troubles mentaux ou neurologiques et des sujets sains.

Comme exemple d'activité visant à élaborer des méthodes convenant à l'évaluation des soins de santé mentale, on peut citer le projet, mentionné plus haut, dans plusieurs pays européens où des enquêtes sur les services et les personnels de santé mentale ont été menées, dans des secteurs géographiquement définis, à l'aide de répertoires détaillés accompagnés de glossaires.

Dans d'autres études, les instruments pouvant servir à évaluer les attitudes des personnels de santé vis-à-vis d'états pathologiques donnés ou d'une innovation en matière de soins de santé ont été établis en huit langues (anglais, arabe, espagnol, français, hindi, portugais, sérère et tagal). Des méthodes permettant d'évaluer la réaction des collectivités à des problèmes déterminés sont actuellement mises au point dans le cadre de l'étude des réactions de la collectivité aux problèmes liés à la consommation d'alcool (01/03/01).

Des séries d'instruments pour l'évaluation de l'état mental et l'identification des troubles du psychisme ont été mises au point et largement testées dans de nombreux pays; des outils équivalents existent maintenant en 15 langues, ainsi qu'en versions complètes et abrégées qui pourraient être utilisées dans les enquêtes menées au sein des populations, les

études de suivi et les recherches cliniques. Ces outils faciliteront considérablement diverses études collectives et comparées entreprises par l'OMS, par d'autres institutions, par les administrations nationales et par des chercheurs individuels; ils préparent en outre la voie à l'utilisation d'un langage commun en santé mentale.

Des instruments ont également été mis au point pour les enquêtes de santé mentale portant sur des groupes de population déterminés (par exemple, les étudiants), pour les populations exposées à un risque accru de pharmacodépendance (04/02/01) et pour l'évaluation de l'aptitude des personnels de santé non spécialisés à reconnaître et à soigner des états déterminés comme la dépression. Une description complète des méthodes élaborées au cours du programme, avec indication des centres habitués à les utiliser et pouvant former des personnels, sera publiée avant la fin de l'année (04/01/01).

Dans le domaine de la recherche biologique, un réseau de centres collaborateurs en psychiatrie biologique et en sciences neurologiques a établi des directives et des manuels pour l'exécution d'investigations spécifiques et assure la formation voulue. Ces directives vont des instructions déterminées sur la manière d'échanger des échantillons aux fins d'examens biologiques aux informations sur l'emploi de méthodes plus complexes, permettant par exemple la détermination des concentrations de substances psychotropes dans le plasma (04/03/02).

Enfin, le réseau de centres collaborateurs est actuellement utilisé pour orienter la recherche vers la prévention, par exemple par la promotion du développement psycho-social sain des enfants et l'élucidation des mécanismes biologiques responsables des principales psychoses (04/03/01).

3.4.4 Coordination et appui du programme

Dans sa nouvelle orientation, le programme à moyen terme de santé mentale repose sur la coopération entre divers secteurs sociaux et entre pays. Les groupes de coordination fonctionnant aux échelons national, régional et mondial, décrits ci-dessus à la section 2.2, constituent le principal mécanisme que l'on utilise et développe pour assurer cette coopération.

D'autres mécanismes et d'autres types de coordination et d'appui des programmes sont également utilisés, par exemple la création de groupes d'action finalisée ou l'organisation de conférences-ateliers, de consultations et de réunions inter-pays, pour promouvoir les activités portant sur certains problèmes déterminés. C'est ainsi que la conférence-atelier sur les programmes relatifs à l'arriération mentale qui sera organisée en 1978 par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est réunira des représentants de services d'action sociale, d'éducation, de formation professionnelle et de santé (01/01/05/SEARO). Une série de conférences-ateliers interrégionales sur les facteurs psycho-sociaux et la santé (02/02/02) et sur les programmes relatifs à la pharmacodépendance (01/04/01) permet de réunir des personnes appelées à prendre des décisions dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs sociaux. Dans le domaine de la législation en matière de santé mentale, les informations recueillies au cours d'une enquête internationale (déjà mentionnée à la section 3.4.1) sont maintenant utilisées par des centres collaborateurs dans la Région des Amériques et dans la Région de l'Asie du Sud-Est pour aider les pays à évaluer la législation en vigueur, et, au besoin, à élaborer des lois nouvelles.

Les efforts entrepris en collaboration avec d'autres programmes de l'OMS pour assurer la mise en oeuvre et le financement d'activités constituent une autre forme de coordination grâce à laquelle des composantes santé mentale sont intégrées dans l'action générale de promotion de la santé et du développement. On peut mentionner par exemple les activités communes relatives au développement psycho-social de l'enfant menées en collaboration avec le programme de protection maternelle et infantile (01/01/05); les efforts déployés avec l'appui du programme de diffusion des informations statistiques en vue d'améliorer les systèmes nationaux d'information (05/02/00); les activités conjointes relatives aux troubles cérébrovasculaires (01/01/06) et aux cardiopathies liées à la consommation d'alcool qui se poursuivent en collaboration avec le programme des maladies cardio-vasculaires (01/03/01); les activités relatives aux conséquences psycho-sociales de la régulation de la fécondité auxquelles participe le programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine; enfin, l'action visant à faire accepter les programmes de fluoration de l'eau, menée avec le programme de santé bucco-dentaire (02/02/01).

De même, une coopération et une coordination d'activités continuent à être assurées entre l'OMS et un certain nombre d'institutions des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales; elles varient quant à la forme et vont de la collaboration à des publications jusqu'à la gestion commune de programmes par pays. Dans le domaine de la pharmacodépendance, par exemple, des activités se poursuivent en collaboration avec le FNULAD (01/04/01 projets par pays); l'OMS s'acquiesce en collaboration avec les institutions des Nations Unies des obligations qui lui incombent en vertu de traités internationaux conclus sous les auspices des Nations Unies tels que la Convention internationale relative aux substances psychotropes (1971) (01/04/02); elle a participé aux activités de l'Organisation des Nations Unies relatives à la prévention de l'incapacité et à la réadaptation, ainsi qu'à l'exécution du Programme des Nations Unies pour l'Environnement. Des organisations non gouvernementales participent à la mise en oeuvre du programme en parrainant des réunions mixtes, en diffusant des informations et des publications, et par d'autres activités. Par exemple, la Commission mixte des Aspects internationaux de l'Arriération mentale, formée par deux importantes organisations non gouvernementales, collabore avec l'OMS à la formulation d'une déclaration de politique générale en matière d'arriération mentale couvrant les questions de prévention, de prestations et d'amélioration de la qualité de la vie.

Le succès de la coopération et de la coordination dépend de l'existence d'un langage commun permettant aux personnes qui s'occupent de santé mentale de communiquer entre elles et aussi de communiquer avec celles qui travaillent dans d'autres secteurs sociaux. L'Organisation s'est donc lancée dans une série d'activités portant sur la normalisation des méthodes de diagnostic et de classification à utiliser à divers niveaux en santé mentale, sur l'établissement de glossaires et de définitions courantes se rapportant aux troubles mentaux et neurologiques et à des problèmes psycho-sociaux (05/01/01), et sur l'élaboration de méthodes d'évaluation de l'état mental des individus et des collectivités (05/01/02).

Un effort spécial a été fait pour simplifier les statistiques de santé mentale et définir les indices nécessaires à la planification et à l'évaluation des programmes (05/02/02). Les travaux effectués à cette fin ont porté aussi sur les statistiques émanant de secteurs autres que celui de la santé et de la planification sanitaire - par exemple, les statistiques relatives à la production et au commerce de l'alcool qui sont utilisées pour la formulation des politiques nationales et internationales pertinentes.

La diffusion d'informations est facilitée aussi par toutes sortes de publications et par les rapports établis dans le cadre du programme; au cours des trois premières années du programme à moyen terme, 279 documents de ce genre ont été établis.¹

3.5 L'exposé du programme à moyen terme : un instrument utilisable pour la planification, l'exécution et l'évaluation du programme

Dès les premières phases de la planification, on a reconnu la nécessité d'une méthode dynamique pour décrire le contenu du programme à moyen terme sur une durée de sept ans. Pour répondre à ce besoin, on a préparé un document sur le programme OMS à moyen terme de santé mentale, 1975-1982, qui décrit la totalité des activités de l'OMS dans le domaine de la santé mentale.

Dans sa première partie, ce document fournit une description générale du programme, avec l'énumération des besoins en santé mentale et des contraintes auxquelles doit se plier le développement du programme, les objectifs du programme, ses approches et un résumé des activités.

Le corps même du document est constitué par la description de chacune des activités du programme selon une présentation standard. Ainsi, pour chaque activité, les informations sont fournies sous les rubriques suivantes : objectifs, approche, interconnexion, produit et calendrier. Ces rubriques donnent un tableau concis de chaque activité et montrent comment elle est en rapport avec d'autres activités de l'OMS ou des pays. Des renseignements budgétaires et administratifs sont fournis sur une page distincte. Les descriptions d'activités sont données sur des feuillets amovibles, de sorte qu'on peut y insérer des rapports annuels de situation

¹ Une liste complète de ces documents est disponible sur demande.

ou d'évaluation. De même, il est possible d'incorporer rapidement au document la description d'activités introduites au cours du fonctionnement du programme (par exemple, celles qui se rapportent à la résolution WHA30.45).

L'exposé de programme s'est révélé être un instrument pratique pour la gestion et l'administration du programme, fournissant un tableau à jour de toutes les activités. Etant donné que celles-ci sont groupées en fonction des objectifs généraux de l'OMS, on voit facilement s'il y a "équilibre" à l'intérieur du programme, ou s'il est nécessaire de renforcer certains domaines d'activité. L'exposé de programme peut servir pour formuler les programmes nationaux et identifier les activités se prêtant le mieux à une coopération technique. Pour faciliter cette dernière, on met actuellement au point une version spéciale de l'exposé, comprenant de brèves descriptions d'activités, des index permettant des références croisées, et une description des différentes sortes de produits émanant des diverses activités du programme. Ainsi, les autorités nationales sont à même de choisir les activités qui répondent le mieux à leurs besoins.

LISTE D'ACTIVITES

PROGRAMME OMS A MOYEN TERME DE SANTE MENTALE, 1975-1982

01/00/00*	DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE DES COLLECTIVITES
01/01/00	<u>Lutte contre les troubles mentaux et traitement de ces affections, compte tenu notamment des besoins des pays en développement</u>
01/01/01	Stratégies d'extension des soins de santé mentale dans les pays en développement
01/01/02	Médecine traditionnelle et soins de santé mentale
01/01/03/EURO	Développement des services de santé mentale des collectivités dans la Région de l'Europe
01/01/04	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé
01/01/04/AFRO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région de l'Afrique
01/01/04/AMRO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région des Amériques
01/01/04/EMRO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région de la Méditerranée orientale
01/01/04/EURO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région de l'Europe
01/01/04/SEARO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région de l'Asie du Sud-Est
01/01/04/WPRO	La santé mentale dans la formulation des politiques nationales de santé dans la Région du Pacifique occidental
01/01/05	Développement des services de santé mentale pour des groupes de population particuliers
01/01/05/EURO	Soins de santé mentale pour l'enfant et l'adolescent dans la Région de l'Europe
01/01/05/SEARO	Examen des services pour arriérés mentaux dans la Région de l'Asie du Sud-Est
01/01/06	Lutte contre les troubles neurologiques et traitement de ces affections

* Ces numéros sont utilisés dans la gestion du programme à des fins de référence. Ils donnent en outre des indications au sujet de la nature du projet : les deux premiers chiffres, par exemple, correspondent aux principales zones d'intérêt du sixième programme général de travail; la mention d'une région ou d'un pays indique que la principale responsabilité en ce qui concerne la coordination de l'activité incombe à cette région ou à ce pays, etc.

01/02/00	<u>Législation en matière de santé mentale</u>
01/02/01	Mise au point de directives pour la législation en matière de santé mentale
01/02/01/EMRO	Examen de la législation en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale
01/02/02	La notion d'"individu dangereux" en psychiatrie médico-légale et administrative : évaluation
01/03/00	<u>Problèmes liés à la consommation d'alcool</u>
01/03/01	Réactions de la collectivité aux problèmes liés à la consommation d'alcool
01/03/02	Prévention des incapacités liées à la consommation d'alcool
01/04/00	<u>Problèmes de pharmacodépendance</u>
01/04/01	Prévention et traitement de la pharmacodépendance dans les pays en développement
01/04/01/AFGHANISTAN	Prévention et traitement de la pharmacodépendance en Afghanistan
01/04/01/BURMA	Prévention et traitement de la pharmacodépendance en Birmanie
01/04/01/EGYPT	Prévention et traitement de la pharmacodépendance en Egypte
01/04/01/IRAN	Prévention et traitement de la pharmacodépendance en Iran
01/04/01/PAKISTAN	Prévention et traitement de la pharmacodépendance au Pakistan
01/04/01/THAILAND	Prévention et traitement de la pharmacodépendance en Thaïlande
01/04/01/WPRO	Lutte contre l'abus des drogues et prévention dans la Région du Pacifique occidental
01/04/02	Action entreprise par l'OMS au regard des obligations résultant des traités internationaux sur les stupéfiants
01/04/03	Evaluation des systèmes d'homologation et d'utilisation médicale des drogues de type morphinique
02/00/00	PROMOTION DE LA SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT
02/01/00	<u>Soins de santé destinés aux populations exposées à des tensions accrues</u>
02/01/01/AMRO	Programmes de soins de santé dans la Région des Amériques pour les enfants abandonnés et les pré-adolescents des taudis dans les zones péri-urbaines
02/01/02	Prévention des effets psycho-sociaux néfastes du déracinement

02/01/03	Protection de la santé mentale dans une ambiance industrielle
02/02/00	<u>Facteurs psycho-sociaux et soins de santé</u>
02/02/01	Aspects psycho-sociaux des campagnes de santé de masse
02/02/02	Principes comportementaux en matière de soins de santé
02/02/03/AMRO	Programmes d'éveil précoce dans la Région des Amériques pour les enfants exposés à des risques
03/00/00	DEVELOPPEMENT DES PERSONNELS DE SANTE
03/01/00	<u>Formation en santé mentale pour les personnels généraux de santé</u>
03/01/01/AMRO	Formation en santé mentale pour les personnels généraux de santé dans la Région des Amériques
03/01/01/SEARO	Formation en santé mentale pour les personnels généraux de santé dans la Région de l'Asie du Sud-Est
03/01/01/WPRO	Formation en santé mentale pour les personnels généraux de santé dans la Région du Pacifique occidental
03/01/02	Formation en santé mentale dans les écoles de santé publique
03/01/02/AMRO	Formation en santé mentale dans les écoles de santé publique de la Région des Amériques
03/01/03	Enseignement de la psychiatrie dans les écoles de médecine
03/01/03/EMRO	Enseignement de la psychiatrie dans les écoles de médecine de la Région de la Méditerranée orientale
03/01/03/WPRO	Enseignement de la psychiatrie dans les écoles de médecine de la Région du Pacifique occidental
03/01/04	Formation des infirmières en santé mentale
03/01/04/AMRO	Formation des infirmières en santé mentale dans la Région des Amériques
03/01/04/EMRO	Formation des infirmières en santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale
03/01/04/SEARO/INDIA	Formation des infirmières en santé mentale en Inde
03/01/04/WPRO	Formation des infirmières et des sages-femmes en santé mentale dans la Région du Pacifique occidental
03/01/05	Conception et évaluation de la formation axée sur une tâche déterminée pour les soins de santé mentale
03/02/00	<u>Formation en santé publique du personnel des services de santé mentale</u>

- 03/02/01 Applications des données épidémiologiques de la psychiatrie à la planification et à l'évaluation des programmes de santé mentale
- 03/02/01/EURO Cours de planification des services de santé mentale dans la Région de l'Europe
- 03/02/02 Programmes de formation multi-centres en psychiatrie sociale et épidémiologique
- 03/00/00 Formation dans certains domaines particuliers de la santé mentale
- 03/03/01 Formation aux méthodes de la recherche biologique
- 03/03/02 Formation en sciences neurologiques
- 03/03/03 Formation à l'utilisation rationnelle des substances psychopharmacologiques
- 03/03/03/AMRO Emploi des substances psychotropes en Amérique latine
- 03/03/04/AMRO Programmes de formation portant sur la pharmacodépendance et les problèmes liés à l'alcool dans la Région des Amériques
- 03/03/04/EURO Programmes de formation portant sur la pharmacodépendance et les problèmes liés à l'alcool dans la Région de l'Europe
- 03/03/04/SEARO/INDIA Programmes de formation portant sur la pharmacodépendance et les problèmes liés à l'alcool en Inde
- 04/00/00 PROMOTION ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET DE LA RECHERCHE SUR LES ACTIVITES SANITAIRES
- 04/01/00 Etudes épidémiologiques sur les déterminants de la santé mentale dans différents cadres socio-culturels
- 04/01/01 Etude comparée sur le fonctionnement mental dans plusieurs cultures
- 04/01/02 Les troubles mentaux dans l'enfance
- 04/01/03 Etude pilote internationale sur la schizophrénie
- 04/01/04/AMRO Epidémiologie de l'épilepsie dans la Région des Amériques
- 04/01/05 Déterminants de l'évolution et de l'issue des troubles mentaux dans différents cadres socio-économiques
- 04/02/00 Epidémiologie de la pharmacodépendance et de la dépendance à l'égard de l'alcool
- 04/02/01 Recherche et notification des données épidémiologiques sur la pharmacodépendance
- 04/02/02 Effets à long terme du cannabis
- 04/02/03/AMRO Effets de la mastication des feuilles de coca dans la Région des Amériques

04/02/04/AMRO	Épidémiologie de l'alcoolisme en Amérique latine
04/02/05/EURO	Dépendance à l'égard de l'alcool et pharmacodépendance dans la Région de l'Europe
04/03/00	<u>Etudes sur les bases biologiques des troubles neurologiques</u>
04/03/01	Recherche collective sur les bases biologiques des psychoses fonctionnelles
04/03/02	Mise au point de méthodes et de mécanismes pour la recherche biologique collective en psychiatrie
04/03/03	Etudes sur les bases biologiques de l'épilepsie et d'autres troubles neurologiques
04/03/03/AMRO/VENEZUELA	Etude épidémiologique de la maladie de Huntington au Venezuela
04/04/00	<u>Etudes sur les effets des substances psychotropes</u>
04/04/01	Etudes sur les effets des substances psycho-pharmacologiques chez différentes populations
04/04/02	Recherche sur l'aptitude des dérivés de la thébaïne à engendrer la dépendance
04/04/03	Etudes des effets des anticonvulsifs
04/05/00	<u>Le retentissement social des troubles mentaux</u>
04/05/01	Evaluation et réduction des incapacités liées aux troubles mentaux
04/05/02	Incidences des maladies dépressives pour la santé publique
05/00/00	MECANISMES DE DEVELOPPEMENT ET D'APPUI DES PROGRAMMES
05/01/00	<u>Amélioration et normalisation des méthodes d'évaluation et de classification en psychiatrie</u>
05/01/01	Amélioration des classifications en santé mentale
05/01/02	Evaluation des techniques de dépistage en psychiatrie
05/01/03	Etude comparée des psychoses aiguës dans différentes cultures
05/02/00	<u>Mise en place de systèmes d'information en santé mentale</u>
05/02/01	Surveillance des besoins en santé mentale
05/02/02	Enregistrement et notification des troubles mentaux dans les services de santé
05/02/03	Méthodologie des projections à moyen et à long terme en santé mentale
05/02/04	Estimation comparée des coûts des soins de santé mentale

05/03/00	<u>Développement et coordination du programme</u>
05/03/01	Planification, coordination et évaluation des activités aux niveaux national, régional et mondial
05/03/01/EMRO	Réunion de groupe sur la santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale
05/03/01/EURO	Comité consultatif sur le programme européen de santé mentale
05/03/01/SEARO	Groupe consultatif sur la santé mentale dans la Région de l'Asie du Sud-Est
05/03/02	Coordination des centres animateurs en santé mentale

* * *