ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CE144/12 (Fr.)
11 mai 2009
ORIGINAL : ESPAGNOL

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ MENTALE

Introduction

1. Les troubles mentaux ont une prévalence élevée dans le monde entier et contribuent de façon importante à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée. Cependant, les ressources disponibles pour affronter le fardeau énorme que représentent les maladies mentales sont insuffisantes, inégalement distribuées et parfois utilisées de manière inefficace. Tous ces éléments ont créé un déséquilibre supérieur à 75% en matière de traitement dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur *(1)*. La stigmatisation, l'exclusion sociale et les violations des droits de l'homme engendrées par les maladies mentales aggravent la situation.

2. *Il n'y a pas de santé sans santé mentale*. La relation entre les composantes physique et mentale de la santé est multiple et variée. Les troubles mentaux augmentent le risque de souffrir de maladies transmissibles et non transmissibles, en plus de contribuer aux lésions non intentionnelles et intentionnelles. De nombreuses conditions pathologiques augmentent également le risque de souffrir de troubles mentaux et cette comorbidité non seulement complique la recherche d'aide et de traitement, mais influe aussi sur le pronostic *(2)*.

3. Au vu de cette situation, il convient de souligner que les progrès scientifiques actuels ont amélioré la compréhension, la prise en charge et le pronostic des troubles mentaux, ce qui, joint à la volonté politique, nous positionne dans un moment opportun pour que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et ses États Membres accordent à la santé mentale une place privilégiée dans son programme de travail et puissent relever ces défis avec succès. La stratégie et le plan d'action systématisent le chemin à suivre sur les dix prochaines années.

4. Le document tient compte des contributions reçues lors du processus de consultation, réalisé au cours du premier trimestre de 2009, qui a inclus les ministères de la santé et d'autres organisations, le Département de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, les programmes techniques de l'OPS, ainsi qu'un groupe d'experts.

Antécédents

5. Le début de la décennie des années quatre-vingt dix a été marquée par un événement historique pour la santé mentale aux Amériques : le lancement de l'Initiative régionale pour la restructuration des soins psychiatriques lors de la Conférence de Caracas, au Venezuela, qui s'est tenue en novembre 1990 *(3)*. Dans la Déclaration de Caracas, l'accent était mis sur le fait que les soins principalement dispensés en hôpital psychiatrique devaient être remplacés par une prestation de services décentralisée, intégrale, continue, préventive et axée sur la communauté *(3-4)*.

6. Plus tard, en 1997 et en 2001, le Conseil directeur de l'OPS a abordé le sujet de la santé mentale et a émis des résolutions qui exhortaient les États Membres à inclure la santé mentale parmi leurs priorités et à intensifier les activités dans ce domaine *(5-6)*. En 2001, l'OMS a consacré le Rapport sur la Santé dans le Monde *(7)* à la santé mentale et a stimulé les activités destinées à placer ce thème dans le programme politique mondial, et l'OPS ainsi que la plus part des États Membres ont pris part à ces efforts. La « Conférence régionale pour la réforme des services de santé mentale : 15 ans après Caracas » (Brasilia, novembre 2005) *(8-9)* a évalué le chemin parcouru et a établi de nouvelles directions pour le travail.

7. Les pays de la Région ont approuvé le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 *(10)* dans le but d'orienter l'action collective des acteurs nationaux et internationaux intéressés à contribuer à l'amélioration de la santé de la population. Le programme défini les domaines d'action, parmi lesquels la santé mentale figure de manière explicite et implicite.

8. Le 48^{e} Conseil directeur de l'OPS (2008) a approuvé le Plan stratégique 2008-2012 *(11)*. L'Objectif 3 du Plan est axé sur la prévention et la réduction du fardeau de la maladie, les incapacités et les décès prématurés provoqués par les maladies chroniques non transmissibles, *les troubles mentaux*, la violence et les traumatismes.

9. En octobre 2008, l'OMS a présenté le programme d'action pour surmonter les déficits en santé mentale : Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. *(1)* Ce programme se fonde sur les meilleures preuves scientifiques disponibles et offre un ensemble de

stratégies et activités pour augmenter et améliorer les soins des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.[1]

10. Les documents programmatiques et les résolutions de l'OPS et de l'OMS mentionnés servent d'antécédents et de fondement pour cette stratégie et plan d'action.

Analyse de la situation actuelle

Prévalence et fardeau des troubles mentaux. Lacunes de traitement

11. Les études épidémiologiques font généralement état de différents taux de prévalence selon la méthodologie utilisée, les types de troubles compris dans l'investigation et la période de temps prise comme référence. Nonobstant, on calcule que 25% des personnes (une sur quatre) souffrent d'un ou plusieurs troubles mentaux ou comportementaux tout au long de leur vie *(1, 7)*.

12. Au niveau mondial, les troubles mentaux et neurologiques représentent 14% du fardeau mondial des maladies. Près de 30% du fardeau total des maladies non transmissibles sont imputables à ces maladies et près des trois quarts du fardeau mondial des troubles neuropsychiatriques correspondent aux pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur *(1)*. En 1990 il était calculé que les affections psychiatriques et neurologiques expliquaient 8,8% des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes; en 2004, ce fardeau était monté à 22% *(12-13)* (voir graphique à l'Annexe A).

13. Une compilation des études épidémiologiques les plus importantes sur les troubles mentaux en Amérique latine et dans la Caraïbe sur les 20 dernières années *(12)*, nous permet d'estimer la prévalence et les lacunes de traitement. *Le déficit de traitement* exprime la proportion de personnes malades qui ont besoin de soins et qui ne les reçoivent pas. Comme on le voit dans le tableau, le déficit est très élevé et il pourrait même être sous-estimé du fait qu'en général il n'est pas tenu compte de la comorbidité ou de la qualité et de l'efficacité du traitement. Quelques résultats sont résumés ci-après :

[1] L'expression « utilisation de substances psychoactives » se rapporte à toutes les substances psychoactives, indépendamment de leur condition légale, telles que l'alcool, les drogues illégales et les psychotropes utilisés à des fins non médicales.

Trouble	Prévalence moyenne (pour 100 habitants adultes) (12 mois)	Lacunes de traitement (%)
Psychoses non affectives	1,0	37,4
Dépression majeure	4,9	58,9
Dystomie	1,7	58,8
Trouble bipolaire	0,8	64,0
Trouble de l'anxiété	3,4	63,1
Trouble de panique	1,0	52,9
Trouble obsessif compulsif	1,4	59,9
Usage nocif ou dépendance de l'alcool	5,7	71,4

Source : Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública 2005; 18 (4/5): 229-240.

14. Il faut également considérer qu'il existe de nombreuses conditions et nécessités émotionnelles et sociales, en particulier face à des situations traumatisantes, qui ne sont pas nécessairement des maladies mentales, dont l'approche ne devrait pas comporter de traitement médical et pour lesquelles les interventions psychosociales pertinentes peuvent être très efficaces. À cet égard, il faut évaluer soigneusement les groupes très vulnérables ou ceux qui se trouvent dans des situations particulières. Dans les cas de catastrophes naturelles et de conflits armés, il convient de prévoir une augmentation de la problématique psychosociale en tant que réactions émotionnelles attendues face à des événements traumatisants de taille; dans ces cas la morbidité due à des troubles mentaux augmente également *(13)*.

15. Le suicide est un phénomène complexe qui a des expressions locales et régionales. Chaque année il meurt dans le monde pour cause de suicide environ un million de personnes, desquelles 63 000 aux Amériques, ce qui représente un taux de mortalité ajustée selon l'âge (2000-2004) de 7,4 pour 100 000 habitants *(14)*. Les maladies mentales sont liées à la mortalité par suicide. Les principales causes de mortalité pour les adolescents sont les causes externes, qui comprennent les accidents, les homicides et les suicides *(15)*. L'enregistrement insuffisant de la mortalité par suicide constitue un problème important dans divers pays de la Région.

16. L'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme les drogues illégales ou les psychotropes sur ordonnance sont également des problèmes qui prennent de plus en plus d'ampleur et les lacunes de traitement sont importantes. Pourtant, il n'y a pas de services publics adéquats pour affronter cette situation.

17. Les investigations épidémiologiques ont systématiquement démontré au niveau mondial que les troubles mentaux et comportementaux affectent entre 10% et 15% des

enfants et des adolescents *(7)*. En Amérique latine et dans la Caraïbe, selon certaines études, la prévalence ponctuelle (au moment de l'investigation) de n'importe quel trouble varie de 12,7% à 15% *(16)*. Elles sont les premières manifestions d'affections qui, parfois, dureront toute la vie adulte et qui offrent une occasion unique d'intervenir de bonne heure et efficacement. Le déficit de traitement dans l'enfance et l'adolescence est encore plus grand que pour les adultes *(17)*.

18. La malnutrition peut inhiber le développement cognitif, émotionnel et social des garçons et des filles, causant des incapacités permanentes. De plus, il arrive fréquemment que dans des situations de carence alimentaire, les mineurs ne reçoivent pas une stimulation psychosociale appropriée, ce qui aggrave encore le problème *(18)*. Quelques troubles tels que l'épilepsie et l'incapacité intellectuelle peuvent être liés à des lésions produites à la naissance et leur incidence peut être réduite au moyen de soins périnatals appropriés. La réduction des infections dans l'enfance et la vaccination diminuent le risque de lésion cérébrale *(19)*.

19. Certains pays ont identifié les troubles alimentaires (anorexie nerveuse et boulimie) comme un problème d'importance dans leur contexte. En général, ils sont considérés comme des maladies propres aux pays occidentaux développés, aux groupes de population à revenu élevé et aux femmes adolescentes ou jeunes. Toutefois, l'information disponible laisse entendre que tous les groupes ethniques et socio-économiques peuvent en être affectés *(20-21)*.

20. Les troubles mentaux chez l'adulte âgé, tels que la dépression et la détérioration cognitive, sont fréquents et ont un impact important sur sa vie. L'espérance de vie se prolonge dans la Région et la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est en augmentation, ce qui fait que de nombreux pays devront donner priorité à cette problématique dans leurs plans de santé mentale *(22)*.

21. Les troubles mentaux, l'abus de substances et la violence contre les femmes, les garçons et les filles sont des facteurs de risque de contracter le VIH/SIDA. Un rapport récent de l'OMS a indiqué que la prévalence de troubles mentaux chez les malades du VIH/SIDA est considérablement supérieure comparée à la population générale. De même, il y existe une forte prévalence du VIH/SIDA chez les personnes atteintes de maladies mentales à évolution prolongée *(23)*.

22. Il y a des points multiples de relation entre la santé mentale et la santé reproductive, en particulier celle des femmes. Par exemple, des problèmes psychiques en relation avec la grossesse, la naissance et la période post-natale, la grossesse chez les adolescentes, la violence sexuelle, les maladies de transmission sexuelle, la chirurgie des organes de reproduction, l'avortement, la ménopause et l'infertilité. Il y a des preuves scientifiques du fait que la dépression est le trouble de santé mentale qui affecte le plus

les femmes dans le monde et qu'elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Entre 20% et 40% des femmes des pays en développement souffrent de dépression pendant la grossesse ou la période post-natale *(24)*.

23. La problématique de la violence, dans ses différentes modalités, a une grande importance dans notre Région. Les services de santé mentale participent à la réponse sectorielle, tant dans la prévention que dans les soins aux victimes; toutefois, il est nécessaire de systématiser et d'améliorer les formes d'intervention. En ce qui concerne la violence contre les femmes, dans sept pays sur lesquels il existe une information, entre 14% et 52% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont souffert de violence physique, et entre 4% et 15% ont été victimes de violence sexuelle de la part de leur mari ou de leur compagnon *(25)*, avec la répercussion négative qui en résulte pour leur santé physique et mentale.

24. La « Commission des Déterminants sociaux de la santé » (OMS, 2005), a rassemblé les preuves scientifiques sur des mesures possibles en faveur de l'équité sanitaire *(26)*. Les déterminants structurels (distribution inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources) et les conditions de vie dans leur ensemble constituent les déterminants sociaux de la santé qui sont la cause de la plus grande part des inégalités sanitaires. La justice sociale est une question essentielle qui affecte le mode de vie des gens, la probabilité de tomber malade et le risque de décès. Les études réalisées au niveau mondial sur les 20 dernières années indiquent une relation proche entre la pauvreté et l'état de santé de la population. La maladie mentale peut contribuer à intensifier la pauvreté et, d'autre part, la pauvreté accroît le risque de souffrir d'un trouble mental *(27)*.

Politiques, plans, services et disponibilité de ressources

25. Les pays ont des grandes limitations dans leurs systèmes d'information en ce qui concerne la santé mentale, de sorte que nous pouvons également parler d'un *déficit d'information*. Les évaluations des systèmes de santé mentale effectuées par l'OPS/OMS *(28-30)* dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont clairement identifié des déficiences en matière de services et de ressources de santé mentale. Les indicateurs de ressources humaines spécialisées dans la santé mentale sont très inférieurs à ceux des pays à revenus élevés. De plus, il faut également tenir compte de la ressource en personnel infirmier qui s'avère essentielle dans de nombreux pays. Les programmes de formation (d'avant troisième cycle et de troisième cycle) sont limités dans le temps, ne répondent pas toujours aux besoins réels de la population et continuent à privilégier des modèles curatifs et hospitaliers.

26. Un total de 76,5% des pays ont informé *(28)* qu'ils disposent d'un plan national de santé mentale; toutefois, leurs niveaux d'exécution sont faibles. De même, 75% disposaient d'une législation relative à la santé mentale; mais dans de nombreux cas, ces

lois sont incomplètes, dispersées et non ajustées aux normes internationales. L'indice de lits psychiatriques pour 10 000 habitants (moyenne) est de 2,6; quand on évalue leur distribution, on observe que 80,6% des lits se trouvent dans des hôpitaux psychiatriques et que 10,3% seulement se trouvent dans des hôpitaux généraux. Un autre problème détecté est que les médicaments psychotropes ne sont pas à la portée d'une grande partie de la population.

27. Un rapport de l'OMS sur les ressources de santé mentale pour les enfants et les adolescents *(17)* a mis en relief l'absence de services de santé mentale appropriés pour ce groupe de population, bien que la majorité des pays soit signataire de la Convention sur les droits de l'enfant. Des programmes bien structurés de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale sont rares ou n'ont pas reçu une attention suffisante dans la Région. Souvent ces programmes ne sont pas intégrés avec d'autres secteurs de pertinence particulière, comme celui de l'éducation par exemple.

28. Dans de nombreux pays, les mouvements regroupant usagers et parents ne sont pas très actifs : l'organisation est minime, le nombre de membres est faible, les activités sont rares et la participation à la formulation et l'exécution des plans de santé mentale est limitée sinon nulle.

29. Actuellement, un travail se fait avec l'OMS sur le recueil et l'analyse de données concernant la situation en matière de politiques, programmes, services, ressources humaines et financement pour les soins des troubles dus à l'abus de substances psychoactives.

30. L'OPS et l'OMS ont coopéré avec divers pays à l'*évaluation des systèmes de santé mentale*, appliquant la méthodologie et l'instrument standardisé de l'OMS (connu sous le nom de WHO AIMS, de son acronyme en anglais) *(29)*, qui rassemble et analyse 155 indicateurs. À ce jour, les pays qui ont complété cette évaluation sont les suivants : Belize, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Suriname et Uruguay. L'évaluation est en route dans les pays suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bolivie, Cuba, Équateur, Grenade, Pérou, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago et les îles Turques et Caïques. L'objectif est que tous les pays achèvent l'évaluation lors du prochain exercice (2010-2011).

31. Malgré l'ampleur du fardeau des troubles mentaux, les services de santé ont une faible capacité de réponse, démontrée par les lacunes actuelles de traitement. On peut également parler d'un important déficit financier et de ressources. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les troubles mentaux et neurologiques représentent 22% du fardeau de la maladie. Toutefois, le pourcentage du budget sanitaire destiné à la

santé mentale dans plusieurs des pays évalués est inférieur à 2,0% *(13,30)*.[2] D'autres problèmes fondamentaux qui ont été détectés par rapport au financement sont *(30)*: a) le budget destiné à la santé mentale n'est pas toujours déterminé avec clarté; et, b) la structure des dépenses, dans de nombreux cas, indique qu'entre 85% et 90% du budget pour la santé mentale sont destinés aux grands hôpitaux psychiatriques pour les soins des patients hospitalisés. Les estimations futures devront délimiter avec plus de précision d'autres éléments comme les fonds provenant d'autres sources du gouvernement, du secteur privé, des organisations non gouvernementales et des donateurs internationaux. Les données antérieures illustrent la nécessité d'augmenter le budget en termes absolus et également d'évaluer la réorientation des ressources consacrées aux hôpitaux psychiatriques vers des systèmes ambulatoires et axés sur la communauté. Les dépenses doivent être assignées de manière cohérente pour satisfaire les besoins de santé mentale de la population.

Vue d'ensemble, points forts et priorités

32. Il ne fait aucun doute que si nous évaluons l'évolution des services de santé mentale dans les pays d'Amérique latine et les Caraïbes, en prenant comme point de référence la Déclaration de Caracas (1990), des progrès notables sont observés dans la majorité des pays. La santé mentale fait partie des initiatives en faveur de la rénovation des soins primaire de santé. Il existe de nombreuses expériences réussies, ainsi que des enseignements tirés dans le développement de modèles communautaires de santé mentale; de plus, l'échange entre les pays a été très positif. D'autre part, de nombreux États Membres formulent des politiques de protection sociale en faveur des groupes vulnérables. Aujourd'hui, nous pouvons affirmer que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux répondent bien aux traitements, peuvent se remettre, mener une vie productive et contribuer positivement au développement de leurs familles et leurs communautés. En résumé, il existe des points forts qui nous permettent d'être optimistes.

33. Toutefois, les défis actuels et émergents exigent des réponses appropriées. Parmi eux, il faut mentionner *(8-9)* : a) soins aux groupes vulnérables, b) problématique psychosociale de l'enfance et de l'adolescence; c) comportement suicidaire; d) problèmes liés à l'alcool; et e) augmentation des différentes modalités de violence. La priorité est maintenue de continuer à travailler à la restructuration des services de santé mentale dans le cadre des systèmes fondés sur les soins de santé primaire et les réseaux intégrés de services, ainsi que de renforcer les initiatives intersectorielles de promotion de la santé mentale.

[2] Voir Rapports de pays WHO-AIMS publiés sur les pages web de l'OPS http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106 et l'OMS http://www.who.int/ mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html.

Droits de l'homme des personnes atteintes d'une incapacité mentale

34. La santé mentale est nécessaire pour que l'homme puisse exercer ses droits et participer à la vie civile, sociale et économique; dans le même temps, l'exercice des droits de l'homme et des libertés est fondamental pour les personnes atteintes d'une incapacité mentale car elles ont les mêmes droits que le reste des citoyens. Par exemple, l'existence d'obstacles (dans la pratique ou dans la législation) portant sur l'accès des personnes atteintes d'une incapacité mentale aux services de santé, les restrictions sur leur liberté personnelle et leur liberté de mouvement, le manque d'opportunités de travail, l'exclusion des systèmes éducatifs, la participation à des études médicales sans leur consentement en connaissance de cause et les conditions de vie inappropriées dans des institutions psychiatriques portent préjudice à leur santé physique et les empêchent de profiter de leurs droits humains fondamentaux *(31)*.[3]

35. Dans de nombreux pays, des problèmes concrets ont été identifiés dans les hôpitaux psychiatriques tels que : a) admissions involontaires de patients sans que ne soit appliquée une réglementation à cet effet ; b) peu de contrôle sur l'application de mesures de restriction physique ou d'isolement des patients; et, c) problèmes de réclusion sous ordre judiciaire de personnes avec des troubles mentaux supposés qui ont commis des délits ou des crime. L'établissement d'une relation mutuelle adéquate avec le secteur de la justice et la création d'unités psychiatriques légistes sont des mesures nécessaires dans certains pays.

36. L'application des instruments des droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale est encore limitée dans la Région. Pour cette raison il est essentiel que la formulation et l'exécution de politiques, plans et législations de santé mentale soient conformes aux conventions, déclarations et recommandations interaméricaines et des Nations Unies (voir Annexe C).

Proposition : Cadre stratégique et plan d'action

37. La stratégie et le plan d'action rassemblent l'expérience atteinte sur notre continent, en particulier au cours des deux dernières décennies, et expriment l'engagement des gouvernements de la Région. Une période de dix ans est prévue pour leur exécution (2010-2019).[4]

---

[3] Voir document CD47/15 du Conseil directeur (Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes), 2006. http://www.paho.org/french/gov/cd/CD47-15-f.pdf.

[4] Les activités par domaines stratégiques et les indicateurs proposés peuvent être consultés à l'Annexe B.

Principes et valeurs

a) Universalité, accessibilité et inclusion.

b) Equité en santé mentale.

c) Solidarité panaméricaine, entendue dans le sens de la collaboration entre les pays.

d) Respect des droits humains fondamentaux des personnes souffrant de troubles mentaux.

e) Participation sociale à la définition, l'exécution et l'évaluation des politiques de santé mentale.

f) Usage des meilleures preuves scientifiques disponibles.

g) Protection supplémentaire concernant les questions de santé mentale pour les groupes vulnérables.

h) Santé mentale dans les cadres historiques et culturels des communautés.

i) La santé mentale comme composante des soins intégraux en santé.

j) Responsabilité et reddition de comptes.

38. Les approches de genre, ethnique et culturelle, ainsi que les approches de soins de santé primaire, de promotion de la santé, des droits de l'homme et de la protection sociale sont considérées dans une perspective transversale qui croise les domaines stratégiques définis. Les soins aux groupes vulnérables ou à risque avec des besoins spéciaux exigeront d'être considérés en priorité.

39. Pour appuyer l'exécution de la stratégie et du plan d'action, l'OPS travaillera en collaboration avec d'autres organisations, adoptera une approche intégrale dans laquelle participeront différents programmes, accordera une importance particulière aux pays prioritaires et mobilisera des ressources. L'OPS coopérera techniquement avec les pays pour la formulation de leurs politiques et plans de santé mentale; appuiera la révision et la diffusion systématiques de l'information et des meilleures preuves scientifiques qui renforcent les services; et favorisera la divulgation des meilleures pratiques, des modèles novateurs et des enseignements tirés, en plus d'encourager la coopération entre les pays.

40. *Vision :* L'Organisation panaméricaine de la Santé dirige les efforts de collaboration pour que les États Membres arrivent à ce que toute la population des Amériques jouisse d'une santé mentale optimale et favorisent le bien-être de leurs familles et de leurs communautés.

41. *But :* Renforcer la réponse intégrée du secteur de la santé et d'autres secteurs apparentés, au moyen de l'exécution de plans appropriés pour la promotion de la santé

mentale et pour la prévention, le traitement et la réhabilitation des troubles mentaux et des troubles dus aux abus de substances, en fonction des meilleures preuves scientifiques disponibles.

Domaines stratégiques

Domaine stratégique No. 1 : Formulation et exécution de politiques, plans et lois nationales de santé mentale

42. Le fait de disposer de politiques et plans appropriés permet de disposer d'une vision ample et stratégique de la santé mentale intégrée dans les politiques publiques du secteur de la santé et facilite l'organisation des services sur la base d'un modèle communautaire. La législation sur la santé mentale apporte un cadre juridique pour promouvoir et protéger les droits de l'homme des personnes ayant des troubles mentaux *(32)*.[5] L'affectation de ressources s'avère essentielle pour exécuter les plans; le calcul du déficit en termes de ressources financières est une première étape nécessaire pour la planification.

43. L'exécution des politiques et plans nationaux de santé mentale est un défi qui requiert des associations efficaces, le renforcement des engagements existants et de nouveaux alliés; à cet égard, le rôle des organisations d'usagers et de parents revêt une pertinence particulière. Dans la Région, les centres collaborateurs de l'OPS/OMS spécialisés en santé mentale et abus de substances possèdent l'expérience de travail conjoint avec l'OPS, ainsi que des capacités et une expérience accumulées qui constituent un point fort pour la coopération avec les pays.

Objectifs

1.1 Disposer de politiques et plans nationaux de santé mentale en exécution dans les pays et veiller à ce que la santé mentale soit incorporée dans la politique générale de la santé.

1.2 Disposer d'un cadre législatif en matière de santé mentale en conformité avec les conventions, déclarations et recommandations sur les droits de l'homme du système interaméricain et du système des Nations Unies.

[5] Il est recommandé de consulter le manuel de ressources de l'OMS sur la santé mentale, droits de l'homme et législation. OMS. Genève, 2006 (32)

1.3 Disposer des ressources financières et humaines nécessaires pour l'exécution des plans de santé mentale, ainsi que pour assurer que ces derniers sont utilisés principalement dans les services ambulatoires de santé mentale liés à la communauté et aux SSP.

1.4 Créer et renforcer les alliances du secteur de la santé avec d'autres acteurs pour la formulation et l'exécution des plans nationaux de santé mentale.

Domaine stratégique No. 2 : Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiques, mettant l'accent sur le développement psychosocial de l'enfance

44. Afin de réduire le fardeau que signifient les troubles mentaux, il est essentiel de prêter attention à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles psychiques. La promotion de la santé mentale s'insère dans le contexte plus vaste de la santé publique et propose une approche différente de l'aspect curatif, qui met l'accent sur la *protection des attributs positifs de la santé mentale et le développement de l'état de bien-être (33).* Les facteurs de risque et de protection ont été identifiés dans les différentes étapes de la vie, et nombre d'entre eux peuvent être modifiés. Il existe également des preuves que les programmes destinés à l'enfance et les interventions précoces dans la vie sont efficaces *(34-35).*

45. Les interventions de promotion et de prévention peuvent viser des facteurs qui perpétuent la mauvaise santé et des groupes déterminés de population. Il est nécessaire de travailler dans des milieux particuliers (l'école est cruciale), même s'il faut également approcher le milieu du travail et la communauté. La stratégie de « milieux sains » (communautés, écoles et lieux de travail sains) est un processus de promotion de la cause, de coordination multisectorielle et de mobilisation sociale, où il faut insérer la composante santé mentale pour contribuer au développement humain intégral. Également, la prise de conscience du public, le rôle des moyens de communication, l'utilisation des ressources communautaires et la participation d'autres secteurs sont des éléments importants *(7, 33-35).* La stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux est un des principaux obstacles à franchir dans la communauté pour faire que s'épanouisse un développement humain d'inclusion.

Objectif

2.1 Incorporer la composante de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques et des troubles de l'abus de substances dans les plans de santé mentale, assurant l'exécution d'activités spéciales visant enfants et adolescents.

Domaine stratégique No. 3 : Prestation de services de santé mentale axés sur les soins de santé primaire. Définition de conditions prioritaires et exécution des interventions

46. Le modèle communautaire de santé mentale se fonde sur les principes de base adoptés par chaque pays pour organiser la prestation de services; parmi ses axes fondamentaux il faut compter la décentralisation, la participation sociale et l'insertion de la composante de santé mentale dans les soins de santé primaire.[6] Il suppose également la prestation de services d'une manière appropriée à la culture, ainsi que l'équité et la non-discrimination pour des raisons de sexe, d'ethnie ou d'autres conditions. De même, il faudra aborder les liens entre les systèmes traditionnels de soins des problèmes de la santé mentale et les services publics formels dans les communautés autochtones. La prestation de services communautaires à des personnes souffrant de maladies mentales dont l'évolution est longue continue à être un problème crucial et un défi pour les pays.

47. Le Programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'OMS *(1)* identifie certaines maladies prioritaires en tenant compte du fait qu'elles provoquent un fardeau élevé de mortalité, de morbidité et d'incapacité et qu'elles donnent lieu à des coûts économiques élevés ou sont associées à des violations des droits de l'homme, à savoir : a) dépression, b) schizophrénie et autres troubles psychotiques, c) suicide, d) épilepsie, e) démence, f) troubles dus à la consommation d'alcool et de drogues illégales et g) troubles mentaux dans l'enfance. Au titre du mhGAP, l'OMS élabore un ensemble d'interventions essentielles pour les soins de ces maladies. Les pays de la Région ont également identifié d'autres problèmes qui peuvent faire l'objet de soins: protection de la santé mentale dans les cas de catastrophes, santé mentale de l'adulte âgé, santé mentale et VIH/SIDA, ainsi que la violence domestique. Il est nécessaire de prendre des décisions au niveau national sur ces priorités et sur les modalités d'intervention.

Objectifs

3.1 Assurer une prestation de services de santé mentale intégraux et continus dans tout le système de santé, mettant l'accent sur la décentralisation et les SSP.

3.2 Sélectionner les maladies prioritaires au niveau des pays et mettre en pratique un ensemble d'interventions essentielles aux différents niveaux, mettant l'accent sur les SSP.

[6] Il est recommandé de consulter l'ensemble de modules pour le développement de politiques, plans et services de santé mentale / OMS (36).

Domaine stratégique No. 4 : Renforcement des ressources humaines

48. Les programmes de santé mentale dépendent, dans une large mesure, de ressources humaines dûment formées. La formation pour les compétences en matière de santé mentale des agents de santé (en particulier ceux qui dispensent des soins de santé primaire) est fondamentale pour améliorer la prestation des services. Toutefois, il est peu probable que les méthodes traditionnelles de formation du personnel puissent offrir une réponse appropriée aux besoins de santé mentale de la population, raison pour laquelle seront nécessaires des approches nouvelles et différentes pour le renforcement des compétences *(37)*.

49. Il est nécessaire d'examiner les programmes d'études des écoles de formation, tant au niveau des deuxième et troisième cycles qu'à celui de l'éducation continue. Les compétences de base en santé mentale doivent être largement disséminées, en particulier parmi les agents communautaires et le personnel qui ne fait pas partie des services (entre autres, ceux qui s'occupent de personnes atteintes de troubles mentaux). D'autre part, il est nécessaire de disposer de spécialistes capables de gérer des cas complexes, qui peuvent assurer la formation, exercer une supervision et donner un appui continu aux agents de santé. Les programmes de formation et d'instruction en santé mentale doivent se situer dans les services ambulatoires de santé mentale liés à la communauté et aux centres de SSP, et non dans les hôpitaux psychiatriques.

Objectif

4.1 Former les agents de santé en améliorant leurs compétences en santé mentale, de façon à ce qu'elles soient cohérentes avec leur fonction dans le système de santé.

Domaine stratégique No. 5 : Renforcement de la capacité à produire, évaluer et utiliser l'information sur la santé mentale

50. Une évaluation appropriée du système de santé mentale facilitera la définition des priorités et la planification des interventions. Les systèmes de registres et d'information du secteur de la santé sont un élément clé pour réduire le déficit existant en termes d'information et appuyer la gestion des services. Plutôt que d'être un simple mécanisme de recueil de données, ils doivent au contraire se convertir en un instrument pour l'action. La surveillance épidémiologique peut comporter des procédures d'évaluation rapide, des sites sentinelles, etc. Chaque pays devra décider quels sont les indicateurs de santé mentale qui doivent être mesurés et avec quelle fréquence. L'investigation dans le domaine de la santé mentale est également un domaine vital que nous devons renforcer dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Objectifs

5.1 Evaluer intégralement les systèmes de santé mentale dans les pays, en établissant une ligne de base et en assurant le suivi de la situation.

5.2 Améliorer la composante santé mentale des systèmes nationaux d'information, en assurant le recueil et l'analyse régulière des données de base en santé mentale.

5.3 Renforcer l'investigation dans le domaine de la santé mentale dans le contexte des besoins de chaque pays et des ressources disponibles.

Dix recommandations clés aux pays

a) Formuler, réviser et exécuter le plan national de santé mentale.

b) Promouvoir la révision et l'actualisation du cadre législatif en matière de santé mentale.

c) Evaluer le financement actuel consacré à la santé mentale, en définissant les buts à court, moyen et long termes, en plus d'étudier les opportunités de mobilisation de ressources.

d) Disposer d'une instance ou d'un mécanisme de coordination intersectorielle en matière de santé mentale.

e) Définition et exécution d'activités concrètes—dans le cadre du Plan national de santé mentale—pour la promotion et la prévention axées sur l'enfance et l'adolescence.

f) Réviser l'organisation des services de santé mentale et exécuter les changements requis, mettant l'accent sur la décentralisation et le renforcement de la composante santé mentale dans les soins de santé primaire.

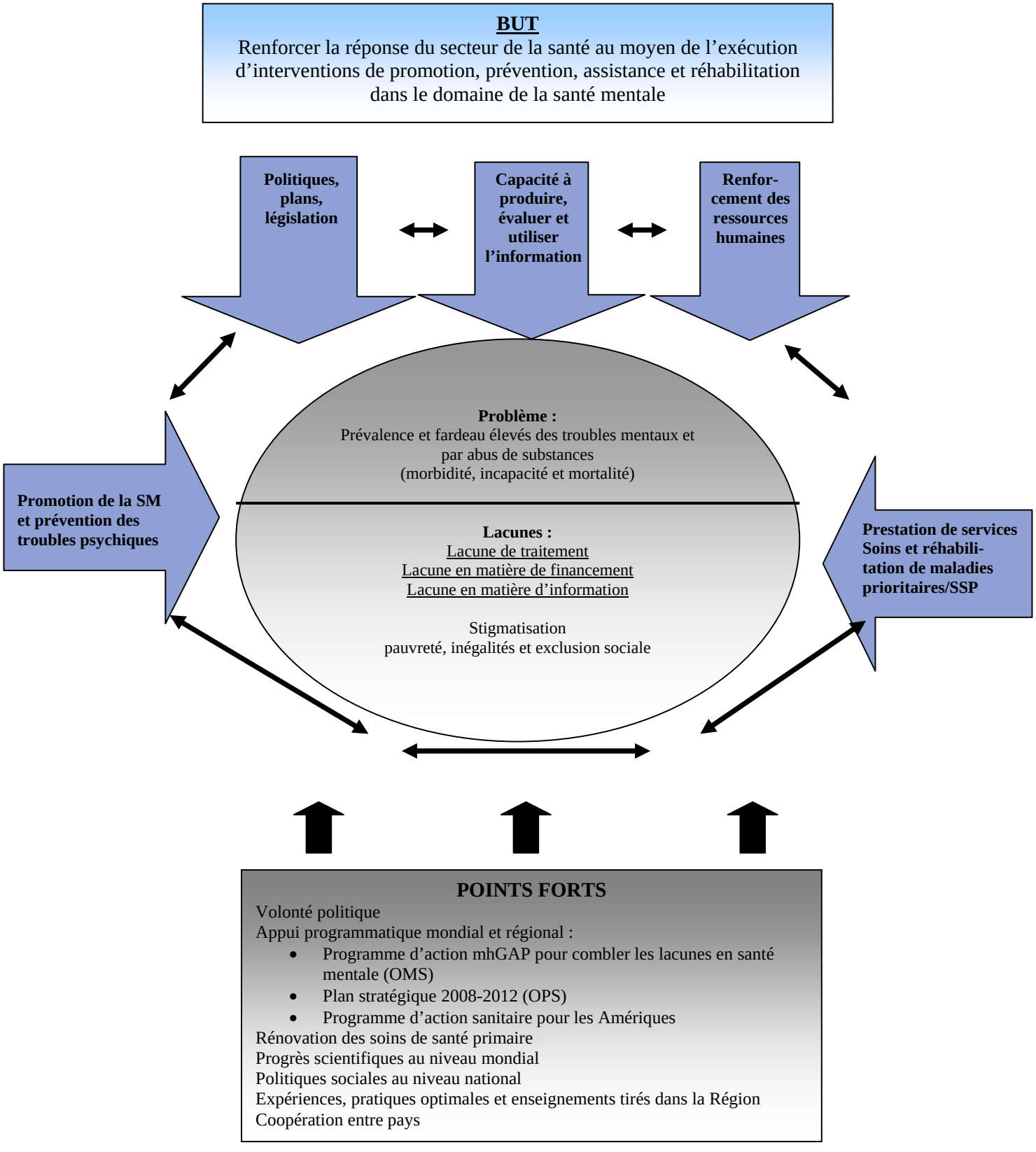
g) Mettre en pratique un ensemble d'interventions essentielles destinées à des maladies ou des troubles mentaux considérés prioritaires dans le contexte national.

h) Formuler un programme de formation en santé mentale fondé sur les compétences pour la gestion des besoins, destiné aux agents de santé (en particulier ceux qui travaillent dans les soins de santé primaire).

i) Evaluer le système de santé mentale en appliquant la méthodologie de l'OMS, avec un suivi de son évolution qui sera effectué au minimum tous les cinq ans.

j) Renforcer le système national d'information sanitaire pour améliorer le recueil et l'analyse régulière d'un groupe de base de données de santé mentale.

51. À la suite se trouve une figure offrant une vision générale de la stratégie et du plan d'action.


BUT
Renforcer la réponse du secteur de la santé au moyen de l'exécution d'interventions de promotion, prévention, assistance et réhabilitation dans le domaine de la santé mentale
Politiques, plans, législation
Capacité à produire, évaluer et utiliser l'information
Renfor-cement des ressources humaines
Problème :
Prévalence et fardeau élevés des troubles mentaux et par abus de substances
(morbidité, incapacité et mortalité)
Lacunes :
Lacune de traitement
Lacune en matière de financement
Lacune en matière d'information
Stigmatisation
pauvreté, inégalités et exclusion sociale
Promotion de la SM et prévention des troubles psychiques
Prestation de services Soins et réhabili-tation de maladies prioritaires/SSP
POINTS FORTS
Volonté politique
Appui programmatique mondial et régional :
• Programme d'action mhGAP pour combler les lacunes en santé mentale (OMS)
• Plan stratégique 2008-2012 (OPS)
• Programme d'action sanitaire pour les Amériques
Rénovation des soins de santé primaire
Progrès scientifiques au niveau mondial
Politiques sociales au niveau national
Expériences, pratiques optimales et enseignements tirés dans la Région
Coopération entre pays

Mesures à prendre par le Comité exécutif

52. Le Comité exécutif est invité à :

a) Examiner le présent document, qui inclut un projet de résolution, et à formuler les observations et recommandations pertinentes.

b) Considérer la santé mentale comme une priorité et appuyer le renforcement de la réponse du secteur de la santé à cette problématique. Nous nous trouvons à un moment historique et opportun pour aborder ce thème, du fait qu'en 2010 seront fêtés les 20 ans de la Déclaration de Caracas, événement d'importance particulière qui a marqué le début formel du processus de restructuration des services de santé mentale dans la Région avec l'appui des États Membres. Par conséquent, cette année peut être celle qui sera consacrée à des efforts spéciaux pour exécuter la présente stratégie et le plan d'action.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. OMS. Genève, 2008. http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf
2. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In The Lancet, Global Mental Health. September, 2007 Sep 8; 370(9590):859-877. Available at: www.thelancet.com.
3. González, R., Levav, I. (Ed.) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, D.C., 1991.
4. Declaración de Caracas. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=274&Itemid
5. OPS/OMS. Résolution du Conseil directeur de l'OPS/OMS (CD40.R19). Washington, États-Unis, 1997. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R19.
6. OPS/OMS. Résolution du Conseil directeur CD43.R10. Santé mentale. Washington, États Unis, 2001. http://www.paho.org/french/gov/cd/cd43
7. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève. OMS, 2001. http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html.

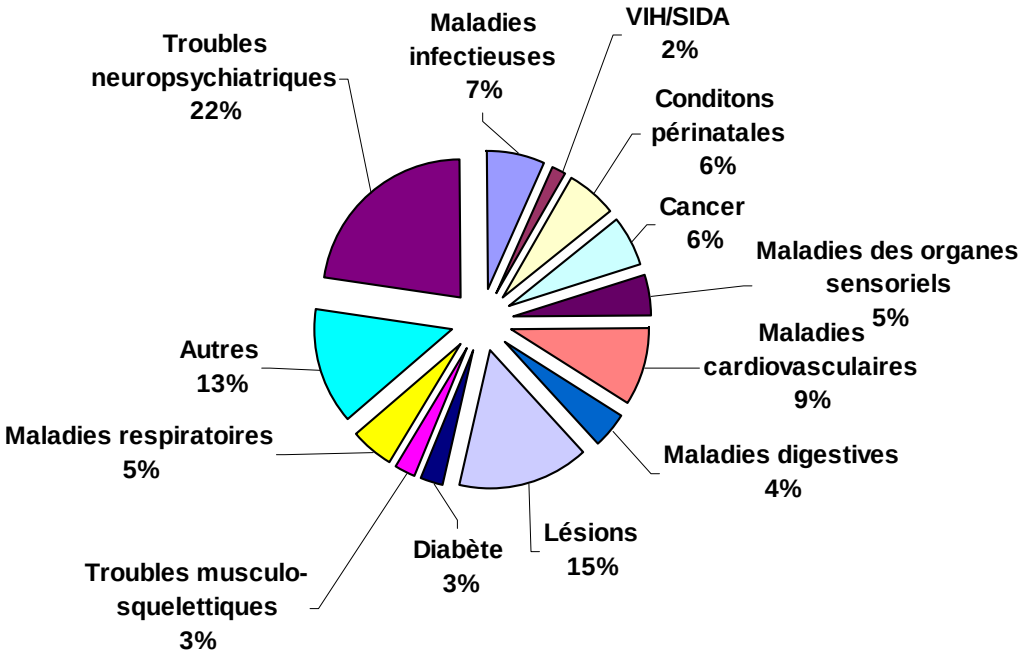
8. Rodríguez, J., González, R. (Ed.) Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publié en CD par l'OPS/OMS. Washington, D.C., 2007.
9. OPS/OMS. Principios de Brasilia. Editado en Washington, D.C., 2006. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=275&Itemid.
10. OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Editado por la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007. http://www.ops-oms.org.pa/Lz_HAA/Doc/Agenda.pdf.
11. OPS/OMS. Propuesta del Plan Estratégico 2008-2012. Washington, D.C., 2008. Disponible à: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf.
12. Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga J.J., Saxena S., Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18 (4/5): 229-40. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf.
13. OPS/OMS. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007.
14. OPS/OMS. Rapport régional sur le suicide. Rapport en préparation et utilisant la base de données de mortalité de l'OPS. Washington, D.C., 2008.
15. OPS. Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes. CD48/8. Washington, D.C.,2008. http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48-08-f.pdf.
16. Benjet C. Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. Capítulo en "Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe". Sous presse. OPS. Washington, D.C., 2008.
17. WHO. Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. Organisation mondiale de la Santé. Genève, 2005. http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf.
18. WHO. Mental health and psychosocial well–being among children in severe food shortage situations. Publié par l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/msd_mer_06_1/en/.
19. WHO. Neurological Disorders: Public Health Challenges. Publié par l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006. . http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html.
20. Halmi, K. Trastornos de la conducta alimentaria (capitulo 20, 697-716), en DSM-IV Tratado de Psiquiatría (3ra. Edición). Masson, 2000 (Edición española)
21. Hoeck, H.W. et al. The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao. Am J Psychiatry April 2005; 162:748-752.
22. OPS. Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif. Document en préparation pour le 144e Comité exécutif. Washington, D.C., juin 2009.

23. OMS. VIH/sida et santé mentale. 124e réunión du Conseil exécutif, janvier 2009 (EB124/6). Genève, 2008. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-fr.pdf.
24. WHO/UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009. http://who.int/reproductive-health/docs/mental_health_women_reprohealth.pdf.
25. OPS/UNFPA/UNIFEM. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. Publicado por la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS, Nueva York: OPS: UNFPA: UNIFEM, 2007. http://www.unifem.org.mx/un/documents/cendoc/salud/s04.pdf.
26. OMS. Commission des Déterminants sociaux de la santé. Résumé analytique du rapport final (WHO/IER/CSDH/08.1). Genève, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf.
27. Saraceno, B., Funk, M., Poznyak, V. Mental Health and Substance Abuse, in International Encyclopedia of Public Health, First Edition (2008), vol. 4, pp. 365-374.
28. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Genève. OMS, 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.
29. World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. OMS, Genève, 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf.
30. Rodríguez J., Barret T., Narvaez S., Caldas, J.M., Levav I. y Saxena S. Sistemas de Salud Mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. Rev. Panam. Salud Pública. 2007;22(5):348-57. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a08v22n5.pdf
31. Gostin LO, Gable L., The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: a Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. Maryland Law Review 63 (2004): 20-121. http://www.law.georgetown.edu/faculty/gostin/documents/md.pdf.
32. OMS. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Organisation mondiale de la Santé. Genève, 2006. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/Resource%20Book_Fr2_WEB_07.pdf.
33. Herrman, H., Swartz, L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. In The Lancet, Volume 370, Issue 9594, pp1195-1197, 6 October 2007. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61244-6/fulltext.
34. OMS. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Ginebra, 2004. En espagnol : http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. En anglais : http://www.who.int/mental_ health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.

35. OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
36. World Health Organization. The essential package for mental health policy, plans and services. http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/ index.html.
37. Kutcher, S., Chehill, S. La capacitación de recursos humanos en salud para alcanzar las metas de la Declaración de Caracas. En: Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas". Publié para l'OPS en CD. Washington, D.C., 2006. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=1154&Itemid=139.

Annexes

Fardeau de la maladie, Amérique latine et Caraïbe
Pourcentage d'AVAD, 2004



Source: Projet Régional de Santé mentale, incapacité et réhabilitation de l'OPS; figure fondée sur la base de données de l'OMS (Health Statistics and Health Information Systems/Global Burden of Disease [GBD]).

PLAN D'ACTIVITÉS ET INDICATEURS

Les stratégies et objectifs définis dans la *Stratégie et plan d'action* se fondent sur une vision générale de l'Amérique latine et des Caraïbes et de leurs principaux problèmes et progrès dans le domaine de la santé mentale; toutefois, il persiste dans la Région des différences marquées entre les pays et même à l'intérieur d'un même pays. Également, de nombreux gouvernements ont déjà accompli des progrès substantiels dans des domaines déterminés mentionnés dans le document alors que d'autres nations pourraient être déficitaires dans ce domaine. Pour cette raison, toutes les recommandations du Plan doivent être analysées soigneusement dans le contexte national, conformément aux réalités sociales et sanitaires existantes. La coopération technique de l'OPS se concentrera sur les capacités des systèmes de santé afin qu'ils assurent une prestation appropriée des soins de santé mentale.

DOMAINE STRATEGIQUE NO. 1 : FORMULATION DE POLITIQUES, PLANS ET LOIS NATIONAUX DE SANTE MENTALE.

Indicateurs

Indicateur	Ligne de base 2008	Objectif
Nombre/pourcentage de pays avec un plan de santé mentale mis en œuvre.	26 / 74%	100% (2015) 100% (2019)
Nombre/pourcentage de pays avec une unité nationale ou un conseiller au ministère de la santé pour la santé mentale.	24 / 69%	100% (2015) 100% (2019)
Nombre/pourcentage de pays ayant appliqué les normes internationales des droits de l'homme à la révision et au développement de la législation en santé mentale.	13 / 37%	60% (2015) 80% (2019)
Nombre/pourcentage de pays dont le budget en santé mentale est identifié et ventilé, avec des buts définis à court, moyen et long termes.	ND	40% (2015) 70% (2019)
Nombre de pays disposant de mécanismes avérés de coordination intersectorielle en matière de santé mentale.	ND	60% (2015) 80% (2019)
Nombre de pays avec des organisations d'usagers ou de familles des malades participant activement au plan national de santé mentale.	ND	40% (2015) 70% (2019)

- ND : non disponible
- La ligne de base doit être soigneusement révisée et ajustée en 2010

Objectif 1.1

Disposer de politiques et plans nationaux de santé mentale en exécution dans les pays, pour obtenir que la santé mentale fasse partie de la politique générale de santé

Activités au niveau régional

1.1.1 Coopérer techniquement avec les pays pour concevoir/reformuler/renforcer et exécuter les politiques et les plans nationaux de santé mentale et de soins des troubles pour abus de substances; l'inclusion et la formulation de programmes ou de sections spécifiques conformément aux nécessités et aux priorités identifiées seront promues.

1.1.2 Compiler, évaluer et disséminer les expériences novatrices et les enseignements tirés.

1.1.3 Développer des projets de coopération technique entre pays.

Activités au niveau national

1.1.4 Disposer d'une unité technique ou d'un point focal au ministère de la santé (ou son équivalent) comme instance consultative et gestionnaire de la santé mentale à niveau national, avec une capacité réelle de leadership dans la gestion du Plan de santé mentale, son financement et l'organisation des services.

1.1.5 Rédiger ou réviser et mettre en pratique la politique et le plan national de santé mentale et de soins des troubles pour abus de substances; veiller à ce que les interventions planifiées se fondent sur les meilleures preuves scientifiques et que ces dernières soient disponibles et qu'elles soient faciles à comprendre par les prestataires de services, les usagers et leurs parents, ainsi que par les responsables des décisions politiques. Le Plan doit développer et forger des liens avec d'autres programmes de santé.

1.1.6 Identifier les groupes vulnérables qui peuvent nécessiter des mesures concrètes pour répondre à leurs besoins de santé mentale. Par exemple, victimes de la violence, minorités ethniques, migrants, communautés en situation d'extrême pauvreté, personnes souffrant d'une incapacité, etc.

1.1.7 Formuler des programmes ou des sections spécifiques dans le cadre du Plan de santé mentale, conformément aux priorités identifiées au niveau national. Il est suggéré de considérer comme suit :

a) abus d'alcool et d'autres substances psychoactives,
b) santé mentale de l'enfance et de l'adolescence,
c) santé mentale de l'adulte âgé,
d) protection de la santé mentale dans des situations de catastrophes et d'urgences,
e) prévention et contrôle du comportement suicidaire,
f) approche de la violence de la perspective de la santé mentale,
g) santé mentale et VIH/SIDA.

1.1.8 Évaluer la conception et l'exécution d'activités ou de projets pilotes/de démonstration, quand les circonstances le conseillent.

Objectif 1.2
Disposer d'un cadre législatif en matière de santé mentale en conformité avec les conventions, déclarations et recommandations sur les droits de l'homme du système interaméricain et du système des Nations Unies.

Activités au niveau régional

1.2.1 Coopérer techniquement avec les pays pour réviser et actualiser le cadre législatif en vigueur dans le domaine de la santé mentale.

Activités au niveau national

1.2.2 Promouvoir—devant les instances gouvernementales, législatives et de la société civile—la révision et l'actualisation du cadre législatif et des règlements légaux en vigueur dans le domaine de la santé mentale, ainsi que son application efficace.

1.2.3 Réviser et prendre les mesures pertinentes concernant les procédures ou situations qui, dans les hôpitaux psychiatriques, peuvent constituer des violations des droits de l'homme des personnes hospitalisées (telles que les admissions involontaires, la restriction physique, l'isolement et les mauvaises conditions institutionnelles).

1.2.4 Forger des liens systématiques avec le secteur judiciaire et les organismes des droits de l'homme pour l'application des dispositions légales en vigueur et la protection des droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux.

Objectif 1.3
Disposer des ressources financières et humaines nécessaires pour l'exécution des plans de santé mentale et veiller à ce qu'elles soient fondamentalement utilisées dans les services ambulatoires de santé mentale liés à la communauté et aux soins de santé primaire.

Activités au niveau régional

1.3.1 Coopérer avec les pays pour évaluer le financement et les coûts des plans et services de santé mentale.

1.3.2 Coopérer et appuyer les pays dans la mobilisation de ressources.

Activités au niveau national

1.3.3 Réviser le financement et les coûts du Plan national de santé mentale et des services correspondants, ainsi que la structure des dépenses et identifier les besoins financiers.

1.3.4 Définir des buts à court, moyen et long terme en ce qui concerne le financement de la prestation de services de santé mentale dans le secteur public (fondamentalement dans le secteur de la santé mais aussi, dans le domaine du possible, dans d'autres secteurs comme l'éducation, la justice et la protection sociale) pour obtenir l'exécution efficace du plan. Il est suggéré d'évaluer non seulement l'augmentation des ressources consacrées à la santé mentale, mais aussi leur transfert des hôpitaux psychiatriques aux services ambulatoires liés à la communauté et aux soins de santé primaire.

1.3.5 Identifier et faire des démarches pour obtenir des sources possibles de financement et des donateurs.

Objectif 1.4
Créer et renforcer les alliances du secteur de la santé avec d'autres acteurs pour la formulation et l'exécution des plans nationaux de santé mentale.

Activités au niveau régional

1.4.1 Coopérer avec les pays pour renforcer la coordination intersectorielle et favoriser la formation de réseaux.

1.4.2 Appuyer au niveau régional les mouvements d'usagers et de parents relatifs à la santé mentale; faciliter les rencontres, l'échange entre pays et la dissémination des enseignements tirés.

1.4.3 Renforcer les alliances avec des associés régionaux comme les centres collaborateurs, les institutions académiques, les associations professionnelles, les ONG, les organismes de coopération internationale et du système des Nations Unies, les donateurs et les organismes gouvernementaux.

Activités au niveau national

1.4.4 Identifier les principaux associés au niveau national; renforcer les alliances au moyen de la création d'une structure ou d'une instance de coordination intersectorielle.

1.4.5 Promouvoir la participation sociale au titre du processus de formulation, exécution et évaluation des plans de santé mentale.

1.4.6 Appuyer, de la part du secteur public, les mouvements d'usagers et de parents et les inclure activement dans la formulation des plans de santé mentale et dans des tâches de promotion de la cause. Certains des exemples de ce qui précède peuvent être : faciliter et appuyer les réunions et l'échange d'expériences, apporter un appui aux activités éducatives, favoriser les premières rencontres, etc.

DOMAINE STRATEGIQUE NO. 2 : PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ET PREVENTION DES TROUBLES PSYCHIQUES, METTANT L'ACCENT SUR LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ENFANCE

Indicateurs

Indicateur	Ligne de base 2008	Objectif
Le document technique cadre régional de référence pour la formulation de programmes visant la promotion et la prévention en matière de santé mentale principalement chez les enfants et les adolescents, développé par un groupe d'experts et publié.	ND	1 (2011) 1 revisé (2019)
Nombre/pourcentage de pays où le composant de promotion-prévention est mis en œuvre dans les plans nationaux de santé mentale.	0	60% (2015) 100% (2019)

- ND : non disponible
- La ligne de base doit être soigneusement révisée et ajustée en 2010

Objectif 2.1
Incorporer la composante de promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiques et pour abus de substances dans les plans de santé mentale, assurant l'exécution d'activités spécifiques avec les enfants et les adolescents.

Activités au niveau régional

2.1.1 Fournir la coopération technique aux pays pour la sélection, formulation et exécution de mesures destinées à la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques et pour abus de substances. L'OMS et la Région disposent de matériels, guides et outils qui peuvent être utilisés à cette fin.

Activités au niveau national

2.1.2 Incorporer une section destinée à la promotion et la prévention dans le Plan national de santé mentale, en sélectionnant les activités les plus efficaces (en fonction des preuves scientifiques disponibles) et qui peuvent être viables dans le contexte national, en mettant l'accent sur les enfants et les adolescents.

2.1.3 Les milieux suivants sont recommandés pour l'exécution d'interventions : écoles (elles sont cruciales), lieux de travail, la communauté, le secteur de la protection sociale, le secteur judiciaire, les services de soins de santé primaire et ceux de la santé mentale.

2.1.4 Assurer que soient inclus de manière prioritaire les éléments suivants dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents : a) interventions précoces pour promouvoir le développement psychosocial; b) appui aux pères, mères et familles; c) programmes communautaires d'appui à l'enfance qui comportent des opportunités d'éducation précoce; d) programmes psychosociaux basés sur l'école; et e) diagnostic précoce et traitement approprié des troubles psychiques.

2.1.5 Formuler et exécuter un programme d'éducation pour la population qui comprend le travail avec les moyens de communication.

2.1.6 Formuler et exécuter un programme de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale des personnes atteintes d'une maladie mentale.

2.1.7 Gérer, depuis le secteur de la santé, la coopération intersectorielle, qui revêt une importance particulière dans le domaine de la promotion et de la prévention.

DOMAINE STRATEGIQUE NO. 3 : PRESTATION DE SERVICES DE SANTE MENTALE CENTRES SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE. DEFINITION DE CONDITIONS PRIORITAIRES ET EXECUTION DES INTERVENTIONS

Indicateurs

Indicateur	Ligne de base 2008	Objectif
Nombre/pourcentage de pays qui mettent en œuvre un ensemble d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies prioritaires en matière de santé mentale à différents niveaux.	ND	60% (2015) 80% (2019)
Taux de mortalité par suicide (pour 100 000) ventilé par pays, groupes d'âge, sexe et méthode utilisée.	7,4	Maintenir le taux en dessous de son niveau actuel, 7,4

- ND : non disponible
- La ligne de base doit être soigneusement révisée et ajustée en 2010

Objectif 3.1

Assurer la prestation de services de santé mentale intégraux et continus dans tout le système de santé, mettant l'accent sur la décentralisation et les soins de santé primaire.

Activités au niveau régional

3.1.1 Collaborer techniquement avec les pays pour l'organisation stratifiée de la prestation de services, mettant l'accent sur la décentralisation et le niveau primaire des soins.

3.1.2 Compiler, évaluer et disséminer les expériences novatrices et les enseignements tirés.

3.1.3 Développer et appuyer la coopération technique entre pays.

Activités au niveau national

3.1.4 Organiser les services de santé mentale fondés sur un modèle communautaire et en accord avec les caractéristiques du système sanitaire du pays et les ressources disponibles. Il est important de considérer, entre autres, les éléments suivants :

a) Décentralisation, au moyen de la création d'un portefeuille varié et stratifié de services de santé mentale qui comprend : i) reconversion des hôpitaux psychiatriques et conception d'alternatives pour les services (unités de santé mentale dans les hôpitaux généraux, résidences communautaires, centres de soins diurnes, services communautaires, etc.); dans de nombreux pays de notre Région, ceci peut être un des défis les plus importants qu'il faudra affronter au moment de formuler un plan de santé mentale; et ii) insérer la composante de santé mentale dans les soins de santé primaire, élevant la capacité de résolution du premier niveau de soins; il s'agit d'une priorité élevée, même dans les pays qui disposent de davantage de ressources.

b) Définir la responsabilité de mettre en pratique les interventions aux différents niveaux.

c) Examiner la couverture et l'équité dans l'accès aux services, en particulier des populations rurales et pauvres, ainsi que des groupes minoritaires.

d) Soins prioritaires aux populations avec des besoins spéciaux ou dans des situations spécifiques (par exemple, personnes âgées, personnes avec incapacité intellectuelle, autochtones, victimes des différentes modalités de violence ou de catastrophes, etc.).
e) Créer des services de santé mentale pour l'enfance et l'adolescence.
f) Renforcer les mécanismes de référence appropriés et l'information en retour.
g) Développer la participation communautaire, en améliorant l'acceptation et l'usage des services.
h) Élaborer une liste de base de médicaments et les mettre à la portée du public, pour appuyer l'exécution des interventions essentielles.
i) Évaluer et surmonter les barrières administratives qui limitent les interventions (par exemple, il est nécessaire que les médecins des soins de santé primaire disposent des psychotropes essentiels et les prescrivent).
j) Établir des relations ou des liens avec les systèmes traditionnels ou communautaires de soins des maladies mentales, en particulier dans les zones rurales et dans les zones où vivent les populations autochtones.
k) Développer le travail intersectoriel dans l'exécution des interventions.

3.1.5 Formuler et exécuter, dans le cadre du Plan national, un programme de soins et de réhabilitation psychosociale pour les malades mentaux graves d'évolution prolongée, dont nombre d'entre eux ont éventuellement reçu une autorisation de sortie des hôpitaux, ce qui nécessitera l'appui d'autres secteurs (par exemple, logement, travail, protection sociale, finances, justice, etc.) et une coordination avec ces derniers.

3.1.6 Créer des services pour les soins concernant les troubles relatifs à l'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives.

3.1.7 Évaluer et mettre en œuvre, en collaboration avec le secteur judiciaire, les modalités de prestation de services de santé mentale pour les personnes malades ayant commis des délits ou des crimes.

3.1.8 Établir des normes et des règlements pour les différents aspects des soins des troubles mentaux et pour l'usage de substances psychoactives, ainsi que pour les services correspondants, ce qui comprend des critères minimums de qualité et de respect des droits de l'homme. Il est recommandé que les pays travaillent aux processus d'accréditation.

Objectif 3.2
Sélectionner les conditions prioritaires au niveau des pays et exécuter un ensemble d'interventions essentielles aux différents niveaux mettant l'accent sur les soins de santé primaire.

Activités au niveau régional

3.2.1 Identifier et préparer un groupe régional d'experts pour qu'ils conseillent les pays dans la détermination des conditions prioritaires, ainsi que dans la formulation et l'exécution des interventions essentielles nécessaires.

3.2.2 Promouvoirla dissémination et l'exécution d'interventions brèves relatives au risque de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives articulées sur les soins de santé primaires et dans les services qui soignent les populations à plus grand risque.

3.2.3 Compiler, évaluer et disséminer les expériences novatrices et les enseignements tirés.

3.2.4 Développer et appuyer la coopération technique entre pays.

Activités au niveau national

3.2.5 Déterminer les maladies ou les troubles mentaux qu'il faut considérer comme prioritaires dans le contexte national et, en accord avec ce qui précède, préparer et mettre en pratique des ensembles ou des guides d'interventions essentielles aux différents niveaux du système de santé et définir les responsabilités (mettant l'accent sur les soins de santé primaire). En ce qui concerne la relation du comportement suicidaire avec les troubles mentaux et tenant compte de l'importance du problème dans la majorité des pays, il est recommandé de le considérer comme une priorité. L'ensemble des interventions de l'OMS peut servir de référence ou être adapté aux conditions locales, chaque pays devant définir la portée de l'exécution (nationale, limitée territorialement ou dans des projets pilotes).

3.2.6 Les interventions prendront en considération le cycle de vie (en particulier pour les enfants, les adolescents et les personnes âgées), le sexe et les particularités socioculturelles des populations.

DOMAINE STRATEGIQUE NO. 4 : RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Indicateur

Indicateur	**Ligne de base 2008**	**Objectif**
Développement et publication du modèle régional de formation en santé mentale fondé sur les compétences requises pour satisfaire les besoins, visant les agents de santé, avec un accent mis sur les SSP.	ND	1 (2012) 1 révisé (2015-2019)

- ND : non disponible
- La ligne de base doit être soigneusement révisée et ajustée en 2010

Objectif 4.1
Former les agents de santé en améliorant leurs compétences en santé mentale, de manière à ce qu'elles soient cohérentes avec leur fonction dans le système de santé.

Activités au niveau régional

4.1.1 Coopérer avec les pays dans la formulation et l'exécution de processus de formation en santé mentale pour les agents de santé.

4.1.2 Créer un groupe de travail régional intégré par des professionnels d'expérience reconnue, avec l'appui de centres collaborateurs et académiques, pour concevoir un modèle de formation en santé mentale pour les agents de santé, mettant l'accent sur les soins de santé primaire, fondé sur les compétences nécessaires pour satisfaire les besoins de la population.

4.1.3 Assurer la satisfaction des besoins éducatifs au moyen de la conception de différentes modalités et technologies de formation (aux niveaux national, infra-régional et régional), entre autres, cours virtuels/éducation à distance. Pour cela, le travail en collaboration avec les ministères de la santé, les institutions académiques et les centres collaborateurs est vital.

4.1.4 Réviser et dégager un consensus sur les principes de base pour les programmes d'après troisième cycle (spécialisation) en santé mentale existants dans les pays de la Région (résidence de psychiatrie, troisième cycle en sciences infirmières et psychologie de la santé).

4.1.5 Préparer et disséminer la meilleure information scientifique disponible qui appuie la conception des processus de formation.

4.1.6 Développer la coopération entre pays dans le domaine du renforcement des ressources humaines.

Activités au niveau national

4.1.7 Disposer d'une base de données actualisée de ressources humaines en santé mentale qui servira de base à la planification.

4.1.8 Formuler des plans systématiques de formation avant et pendant la prestation de services pour les agents de santé, avec des programmes d'études basés sur la formation de compétences pour satisfaire les besoins et assurer que les processus de formation comportent des volets concernant les droits de l'homme.

4.1.9 Assurer la supervision durant le service pour appuyer les processus de formation.

4.1.10 Formuler des plans élargis de formation qui incluent des prestataires informels de services, des agents communautaires et des travailleurs d'autres secteurs liés à la santé mentale (par exemple, policiers, juges et maîtres d'école).

4.1.11 Évaluer les profils de performance du personnel infirmier et planifier différentes modalités d'éducation universitaire et de troisième cycle pour incorporer ces professionnels dans des fonctions concrètes de santé mentale. Le personnel infirmier peut être une ressource vitale dans de nombreux pays.

4.1.12 Assurer l'accès équitable à l'information technique et aux meilleures preuves scientifiques disponibles.

4.1.13 Collaborer avec les universités et les écoles de formation de ressources humaines spécialisées en santé pour inclure et améliorer les cours de santé mentale dans les programmes d'études universitaires et de troisième cycle. Ces contenus doivent être cohérents avec le modèle communautaire de soins de santé mentale, ainsi qu'avec une approche des droits de l'homme.

DOMAINE STRATEGIQUE NO. 5 : RENFORCEMENT DE LA CAPACITE A PRODUIRE, EVALUER ET UTILISER L'INFORMATION SUR LA SANTE MENTALE.

Indicateurs

Indicateur	Ligne de base 2008	Objectif
Nombre/pourcentage de pays qui ont procédé à une évaluation de leur système de santé mentale en appliquant la méthodologie de l'OMS AIMS.	15 / 43%	100% (2012)
Nombre/pourcentage de pays qui ont réévalué leur système de santé mentale en appliquant la méthodologie de l'OMS AIMS.	0	50% (2019)
Nombre/pourcentage de pays qui collectent et analysent de façon régulière les données essentielles de santé mentale (ventilées au moins par sexe et âge) dans leur système d'information en santé.	20 / 57%	80% (2015) 100% (2019)
Nombre/pourcentage de pays qui ont examiné leurs registres de mortalité par suicide et ont amélioré la collecte et l'analyse des données en vue de rendre les indices plus fiables.	ND	50% (2015) 100% (2019)
Publication du rapport régional sur les services de santé mental (fondé sur l'OMS AIMS)	ND	1 (2013) 1 (2019)
Publication du rapport régional sur le suicide.	ND	1 (2010) 1 (2018)
Publication du rapport régional sur l'abus d'alcool	ND	1 (2010) 1 (2015)
Disponibilité de la base de données régionales sur l'alcool disponible	ND	1 (2010)
Disponibilité du rapport ATLAS sur les ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à l'abus d'alcool et autres substances psychoactives	ND	1 (2011) 1 (2017)

- ND : non disponible
- La ligne de base doit être soigneusement révisée et ajustée en 2010.

Objectif 5.1
Évaluer intégralement les systèmes de santé mentale dans les pays en établissant une ligne de base et en effectuant un suivi de la situation.

Activités au niveau régional

5.1.1 Collaborer techniquement avec les pays pour mettre en pratique l'instrument pour l'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS AIMS) dans les pays et effectuer le suivi de l'évolution de la ligne de base obtenue.

5.1.2 Élaborer et disséminer des rapports et des données infra-régionaux et régionaux concernant la situation des services de santé mentale et de soins des troubles pour abus de substances psychoactives.

Activités au niveau national

5.1.3 Évaluer la situation du système de santé mentale en utilisant la méthodologie standardisée de l'OMS (OMS AIMS). Chaque pays peut sélectionner les indicateurs qu'il considère essentiels ou traceurs pour un suivi plus étroit. La répétition d'évaluations successives (par exemple, tous les cinq ans) en utilisant OMS AIMS (intégralement ou partiellement) peut constituer un bon procédé pour le suivi à partir d'une ligne de base. L'objectif est d'identifier les capacités des systèmes de santé mentale pour satisfaire les besoins en santé mentale de la population.

Objectif 5.2
Améliorer la composante santé mentale des systèmes nationaux d'information au moyen de la compilation et de l'analyse régulière des données de base en santé mentale.

Activités au niveau régional

5.2.1 Coopérer techniquement avec les pays pour introduire et améliorer la composante de santé mentale dans les systèmes nationaux d'information en santé, en utilisant les outils élaborés par l'OMS et d'autres organisations.

5.2.2 Élaborer et disséminer des rapports et des données infra-régionaux et régionaux concernant les données et les indicateurs sur les troubles mentaux et pour abus de substances psychoactives.

Activités au niveau national

5.2.3 Renforcer les systèmes de registre et de traitement des données relatives à la santé mentale. Il est nécessaire de définir les données essentielles qui doivent être introduites dans le système pour réduire le déficit d'information, assurant que la compilation se fait en accord avec le sexe, l'âge et autres variables qui peuvent être incluses. Il est suggéré de surveiller les indices de mortalité par des causes externes, en particulier le suicide.

5.2.4 Établir des mécanismes de surveillance épidémiologique appropriés au contexte national.

5.2.5 Établir l'analyse périodique de l'information disponible en santé mentale, en l'utilisant comme un outil pour la planification et la gestion.

5.2.6 Élaborer et disséminer des rapports annuels sur la santé mentale.

Objectif 5.3
Renforcer l'investigation dans le domaine de la santé mentale dans le contexte des nécessités de chaque pays et des ressources disponibles.

Activités au niveau régional

5.3.1 Appuyer l'investigation dans le domaine de la santé mentale, en collaboration avec des institutions scientifiques et académiques, ainsi qu'avec les centres collaborateurs de l'OPS/OMS; favoriser les études multicentres.

5.3.2 Rendre visible et accessible l'information dans les espaces virtuels (sites web de l'OPS et des centres collaborateurs).

5.3.3 Élaborer et disséminer des rapports et des données infra-régionaux et régionaux concernant les études ou investigations les plus importantes dans le domaine de la santé mentale et des troubles pour abus de substances.

Activités au niveau national

5.3.4 Obtenir les études épidémiologiques et les investigations en santé mentale existantes dans le pays.

5.3.5 Décider dans le contexte national quelles seront les nouvelles investigations qui auront priorité, de façon à ce qu'elles répondent aux besoins en matière de santé mentale de la population.

5.3.6 Renforcer la coopération entre institutions, au niveau national, dans le domaine de l'investigation en santé mentale.

Plan d'activités/points clés des soins dans les pays

Dom. strat.	Objectifs	Activités
1.	Politiques et plans	Point focal au Ministère de la Santé Exécution de politiques et plans de santé mentale Attention spéciale aux groupes vulnérables Thèmes spécifiques : alcool, enfance et adolescence, adulte âgé, catastrophes, comportement suicidaire, violence, santé mentale-VIH/SIDA
	Législation	Promouvoir la révision du cadre législatif en matière de santé mentale Protection des droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux Liens avec le secteur judiciaire
	Ressources financières et humaines	Identification du financement pour le plan de santé mentale et structure des dépenses Définition des buts et recherche de sources de financement
	Alliances	Structure de coordination intersectorielle Participation sociale Appuyer les mouvements des usagers et des parents de malades
2.	Promotion et prévention mettant l'accent sur les enfants et les adolescents	Promotion et prévention dans le cadre du Plan national de santé mentale. Définition de milieux pour l'intervention (accent sur les écoles) Travail avec enfants et adolescents Education publique et moyens de communication Lutte contre la stigmatisation et la discrimination Gestion intersectorielle
3.	Prestation de services avec accent sur les soins de santé primaire	Modèle communautaire/organisation de services (reconversion des hôpitaux psychiatriques, décentralisation, soins primaire de santé) Soins et réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de maladies mentales graves et à évolution prolongée Services pour troubles liés à l'abus de substances psychoactives Réglementation et accréditation
	Conditions prioritaires	Définition de conditions prioritaires Ensemble d'interventions aux différents niveaux (avec accent particulier sur les soins de santé primaire) selon le cycle de vie
4.	Renforcement des ressources humaines	Base de données et exécution du plan de formation en santé mentale destiné aux agents de santé (en particulier dans des milieux de soins de santé primaire) Formation dans d'autres secteurs et avec agents communautaires Promotion des sciences infirmières en santé mentale Promotion de l'éducation à distance Développer la révision des programmes d'études universitaires et de troisième cycle
5.	Évaluation de systèmes	Exécution de WHO AIMS et suivi de l'évolution
	Santé mentale dans les systèmes d'information	Données essentielles de santé mentale dans les systèmes nationaux d'information : compilation et analyse Mécanisme de surveillance épidémiologique Élaboration et dissémination de rapports annuels de santé mentale
	Investigation	Compilation d'études nationales existantes Promotion d'investigations multicentres

Indicateurs des pays :

Il est recommandé d'utiliser comme base et document de référence :

- Instrument pour l'évaluation des systèmes de santé mentale (WHO AIMS) qui définit 155 indicateurs.

  World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. WHO, Geneva, 2005.
  http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf

- Module de systèmes d'information de l'OMS.

  World Health Organization. The Essential Package for Mental Health Policy, Plan and Services.
  http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html
  http://www.who.int/mental_health/policy/services/12_info%20sytem_WEB_07.pdf

  Chaque pays doit définir les données et indicateurs de santé mentale qu'il rassemblera et analysera dans le cadre de son système national d'information.

INSTRUMENTS POUR LA PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME

1. Les États Membres de l'OMS ont convenu de divers principes importants relatifs à la santé publique qui sont stipulés dans le préambule de sa Constitution. Ainsi, la Constitution établit un principe international fondamental en vertu duquel la jouissance du degré maximum de santé que l'on peut atteindre est non seulement un état ou une condition de la personne, mais également « (…) l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, ou de condition économique ou sociale… » La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 et signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. Pour sa part, la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (Nations Unies) protège « (...) le droit de toute personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale. (..) » (Article 12) et le Protocole de San Salvador (OEA) protège « le droit à la santé » (Article 10). D'autre part, la protection de la santé comme un droit de l'homme se trouve consacrée dans 19 des 35 Constitutions des États Membres de l'OPS (Bolivie, Brésil, Cuba, Chili, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela).

2. Instruments des Nations Unies pour la protection des droits de l'homme :

- Déclaration universelle des droits de l'homme *(1)* ;
- Convention internationale sur les droits civils et politiques[1] *(2)* ;
- Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels[2] *(3)* ;
- Convention sur les droits de l'enfant[3] *(4)* ;
- Convention sur les droits des personnes handicapées[4] *(5)* ;

---

[1] Cet instrument est entré en vigueur le 23 mars 1976, et a été ratifié par l'Argentine, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

[2] Cet instrument est entré en vigueur le 3 janvier 1976, et a été ratifié par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

[3] Cet instrument est entré en vigueur le 2 septembre 1990 et a été ratifié par Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

[4] Cet instrument est entré en vigueur le 3 mai 2008 et a été ratifié par l'Argentine, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay et le Pérou.

- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes [5] *(6) ;*
- Principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale[6] *(7)* ;
- Normes uniformes sur l'égalité des opportunités pour les personnes souffrant d'incapacité[7] *(8)*.

3. Instruments du système interaméricain pour la protection des droits de l'homme :

- Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme [8] *(9) ;*
- Convention américaine sur les droits de l'homme [9] *(10)* ;
- Protocole additionnel à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels, ou « Protocole de San Salvador »[10] *(11)* ;
- Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination des personnes handicapées [11] *(12)* ;
- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence contre les femmes [12] *(13).*

---

[5] Cet instrument est entré en vigueur le 3 septembre 1981, et a été ratifié par l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

[6] Constituent un guide pour l'établissement de systèmes nationaux de santé mentale et l'évaluation de la pratique de ceux-ci. Se rapportent aux droits humains des personnes avec incapacité mentale, en particulier dans le contexte des institutions psychiatriques.

[7] Ont pour but de « …garantir que les enfants, les femmes et les hommes souffrant d'incapacité, en leur qualité de membres de leurs sociétés respectives, puissent jouir des mêmes droits et obligations que les autres…"

[8] 199 OEA rés. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rév.1, p.17 (1992).

[9] Entrée en vigueur le 18 juillet 1978 et ratifiée par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis, la Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

[10] Entré en vigueur le 16 novembre 1999 et ratifié par l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique, Panama, le Paraguay, le Pérou, le Suriname et l'Uruguay.

[11] Entrée en vigueur le 14 septembre 2001 et ratifiée par l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, Haïti, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, l'Uruguay et le Venezuela.

[12] Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize**,** la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

- Recommandation de la Commission interaméricaine des droits de l'homme (OEA) sur la promotion et la protection des droits des personnes ayant une incapacité mentale[13] *(14)*

Références

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb1udr.html.
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html.
4. Convención sobre los Derechos del Niño. A.G. res.44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sk2crc.html.
5. Convención Internacional sobre la protección y la promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. A.G. Res. A/61/611 (2006). http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf.
6. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p.193, ONU Doc. A/34/46. http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html.
7. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html
8. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993). http://www.discapacitados.org.ar/body/normas.html.
9. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992). http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas2dec.html.
10. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979). http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas3con.html
11. Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o "Protocolo de San Salvador". OEA, No. 69 (1988), suscrita el 17 de noviembre de 1988. Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992). http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html.

[13] Exhorte les États à « promouvoir et exécuter au moyen de législation et de plans nationaux de santé mentale l'organisation de services communautaires de santé mentale dont les objectifs sont la pleine intégration des personnes ayant une incapacité mentale dans la société… »

12. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999 http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos8a.htm
13. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belem Do Pará",33 I.L.M. 1534 (1994). http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Sbrazil1994.html.
14. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental. Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau régional du Bureau sanitaire panaméricain de la
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/12 (Fr.)
Annexe D

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION

1. Point de l'ordre du jour : 4.7. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale

2. Unité responsable : THR/MH (Santé mentale, incapacité et réhabilitation)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Jorge J. Rodríguez

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liées à ce point de l'ordre du jour :

- Centre collaborateur de l'OPS/OMS en formation et politique de la santé mentale / Dalhousie University. Halifax, NS, Canada.
- Dalhousie University, Département de psychiatrie, section de psychiatrie internationale. Halifax, NS, Canada.
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS de référence et investigation en santé mentale / Mc Gill University. Montréal, Canada.
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS, Centre pour les dépendances et la santé mentale de l'Université de Toronto. Toronto, Canada.
- Centre régional d'investigation et de formation en épidémiologie psychiatrique et comportementale. Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS Institut national de psychiatrie « Ramón de la Fuente Muñiz ». Mexico, D.F., Mexique.
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS – Sciences infirmières et santé mentale. École d'infirmerie, Université du Maryland. États-Unis.
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS – Sciences infirmières et santé mentale. École d'infirmerie, Université d'Alberta, Canada
- Centre collaborateur de l'OPS/OMS en recherche d'infirmerie, Département de santé mentale, École de Sciences infirmières de l'Université de São Paulo à Ribeirao Preto, Brésil.
- Institut national de santé mentale de Panama, Panama.
- Unité de santé mentale du Centre de démographie et santé (CIDS) / Université nationale autonome de Nicaragua-León. León, Nicaragua.
- Institut de santé mentale de l'École de santé publique, Université de Córdoba. Córdoba, Argentine.
- Département de psychiatrie et santé mentale de la Faculté de médecine, Université de Concepción, Chili.
- Département de santé mentale et psychiatrie de l'École de Sciences infirmières de l'Université de São Paulo, Brésil.
- Département de psychiatrie, West Indies University (Campus de Jamaïque et de Trinité-et-Tobago)
- Fondation andalouse pour l'insertion sociale du malade mental (FAISEM). Andalousie, Espagne.
- Fédération internationale de santé mentale (WFMH). Springfield, VA. États-Unis.
- Association psychiatrique de l'Amérique latine (APAL).

5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Les liens suivants sont particulièrement mis en relief :

- Énoncé de l'intention : paragraphes 2 et 3
- Principes et valeurs : paragraphes 9, 10, 11 et 12.
- Analyse de la situation et tendances de la santé dans les Amériques : paragraphes 15, 16, 19, 20, 22, 26.
- Domaines d'action : incises b, c, e et f.

6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

- Il est, **fondamentalement**, relié à l'Objectif stratégique 3 / Résultats attendus régionaux 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 / Indicateurs : 3.1.2, 3.2.3, 3.3.3, 3.4.1, 3.5.3 et 3.6.3
- D'autre part, il est lié également dans une certaine mesure aux Objectifs stratégiques 5 (RER 5.3, Indicateur 5.3.3); 6 (RER 6.4, Indicateur 6.4.1); et 7 (RER 7.4, Indicateur 7.4.1).

- 7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :
-
- Il faut mentionner quelques pays avec des expériences réussies et novatrices dans le domaine de la santé mentale qui peuvent être une source d'enseignements tirés. Même s'ils ne sont pas les seuls, ils méritent d'être mentionnés :
- Argentine : certaines provinces avec des modèles à succès (désinstitutionalisation et soins communautaires). Expérience de travail avec le secteur judiciaire.
- Belize : modèle de services décentralisé et ambulatoire, avec infirmières formées en santé mentale au niveau de district.
- Brésil : stratégie nationale de santé mentale, réduction de lits psychiatriques, établissement de centres de soins psychosociaux et programmes de réinsertion sociale du malade mental à évolution prolongée.
- Chili : formulation et implémentation soutenue d'un plan national de santé mentale.
- Cuba : modèle communautaire en matière de santé mentale et établissement de centres communautaires de santé mentale.
- Guyana : formulation d'une politique et d'un plan de santé mentale dans un pays à faible revenu.
- Panama : réforme d'un hôpital psychiatrique et décentralisation des services.
-

8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question :

La formulation de cette stratégie et plan d'action a des incidences budgétaires pour réaliser son exécution réussie.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

CE144/12 (Fr.)
Annexe E
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ MENTALE

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Ayant examiné le rapport de la Directrice *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* (document CE144/12),

DÉCIDE:

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée dans les termes suivants :

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* (document CD49/__);

Reconnaissant le fardeau que représentent les troubles mentaux et les troubles dus à l'abus de substances—en termes de morbidité, mortalité et incapacité—dans le monde et dans notre Région en particulier, ainsi que les lacunes actuelles en ce qui concerne le nombre de personnes malades qui ne reçoivent aucun type de traitement;

Comprenant qu'il n'y a pas de santé physique sans santé mentale et qu'une approche du processus de santé et maladie est nécessaire non seulement dans la perspective des soins dispensés pour corriger les troubles, mais aussi dans une perspective de protection des attributs positifs de la santé et du développement du bien-être de la population; et de plus, que dans cette perspective de santé publique les facteurs psychosociaux et apparentés au comportement humain exercent une fonction cruciale;

Considérant le contexte et le fondement pour l'action que nous offrent le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 et le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (*mhGAP*) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, qui témoignent de l'importance du thème et qui définissent les objectifs stratégiques pour l'approche de la santé mentale, et

Observant que dans le document *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* sont abordés les principaux domaines de travail des activités et sont définies les lignes de coopération technique pour répondre aux diverses nécessités de santé mentale des pays,

DÉCIDE :

1. De donner son appui au contenu du document *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* et à son application dans le cadre des conditions particulières de chaque pays pour répondre de manière appropriée aux nécessités actuelles et futures en matière de santé mentale.

2. D'exhorter les États Membres à:

a) inclure la santé mentale comme une priorité dans les politiques nationales de santé, au moyen de l'exécution de plans de santé mentale en accord avec les diverses problématiques et priorités des pays, afin de maintenir les réalisations obtenues et de progresser vers de nouveaux objectifs, en particulier ceux concernant la réduction des lacunes des traitements existants;

b) assurer l'accès universel et équitable aux soins de santé mentale pour toute la population, au moyen du renforcement des services de santé mentale dans le cadre des systèmes fondés sur les soins de santé primaire et les réseaux intégrés de services et à poursuivre des activités pour éliminer le modèle ancien axé sur les hôpitaux psychiatriques;

c) continuer à travailler au renforcement des cadres légaux des pays dans l'objectif de protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et de réaliser l'application efficace des lois;

d) développer des initiatives intersectorielles pour la promotion de la santé mentale, avec une attention particulière aux enfants et aux adolescents, et pour faire face à la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de troubles mentaux;

e) soutenir la participation efficace de la communauté et des associations d'usagers et de parents à des activités destinées à promouvoir et à protéger la santé mentale de la population;

f) considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration des plans et des services, par la formulation et l'exécution de programmes systématiques de formation;

g) réduire le déficit d'information existant dans le domaine de la santé mentale, par l'amélioration de la production, de l'analyse et de l'usage de l'information; et

h) renforcer les alliances du secteur public avec d'autres secteurs, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, institutions académiques et acteurs sociaux clés, mettant l'accent sur leur participation à la formulation des plans de santé mentale.

3. De demander à la Directrice de:

a) appuyer les États Membres dans l'élaboration et l'exécution de plans nationaux de santé mentale dans le cadre de leurs politiques de santé, en tenant compte de la stratégie et du plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité aux soins administrés aux groupes de personnes vulnérables et ayant des besoins particuliers;

b) collaborer aux évaluations des services de santé mentale des pays pour obtenir que soient appliquées les mesures correctives appropriées qui sont fondées sur des preuves scientifiques;

c) faciliter la dissémination de l'information et l'échange d'expériences positives et novatrices et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres;

d) développer les alliances avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organismes internationaux et d'autres acteurs régionaux en appui à la réponse multisectorielle qui est requise dans le processus d'exécution de la stratégie et du plan d'action.

ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ
Bureau régional du Bureau sanitaire panaméricain de la
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/12 (Fr.)
Annexe F

Rapport sur les incidences budgétaires et administratives qu'auront pour le Bureau le projet de résolutions proposé pour adoption

1. Point de l'ordre du jour : 4.7. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale

2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :

Domaine d'activité	Résultats escomptés au niveau régional
Objectif stratégique #3 Prévenir et réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée par maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, les violence et les lésions.	3.1 Un engagement majeur politique, financier et technique aura été promu et appuyé dans les États Membres pour combattre les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes et les incapacités. Indicateur 3.1.2 3.2 États Membres appuyés à travers la coopération technique pour l'élaboration et l'exécution de politiques, stratégies et règlements se rapportant aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, à la sécurité routière, aux incapacités et aux maladies bucco-dentaires. Indicateur 3.2.3 3.3 États Membres appuyés à travers la coopération technique pour rassembler, analyser, disséminer et utiliser les données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes provoqués par la circulation et les incapacités. Indicateur 3.3.3 3.4 Le Bureau aura obtenu les meilleures données objectives sur le coût-efficacité des interventions pour soigner les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes provoqués par la circulation, les incapacités et la santé bucco-dentaire. Indicateur 3.4.1

	3.5 États Membres appuyés à travers la coopération technique pour l'élaboration et l'exécution de programmes multisectoriels qui recouvrent toute la population, afin de promouvoir la santé mentale et la sécurité routière et de prévenir les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, ainsi que les déficiences auditives et visuelles, y compris la cécité. Indicateur 3.5.3 3.6 États Membres appuyés à travers la coopération technique afin d'améliorer leurs systèmes sanitaires et sociaux en ce qui concerne la prévention et le traitement intégrés des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes provoqués par la circulation et des incapacités. Indicateur 3.6.3

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US $10 000 près, activités et personnel compris) : Pour l'exécution de la Stratégie et du plan d'action, il sera nécessaire de forger des alliances avec d'autres organismes de coopération, institutions nationales, organismes des Nations Unies et autres; de même qu'il sera nécessaire de rechercher des donateurs externes qui appuient l'initiative.

Le budget en exécution de la période biennale actuelle (2008-2009) a été pris comme base de calcul de ce plan, pour le niveau régional, en tenant compte des frais de personnel et des dépenses opérationnelles.

Calcul aux environs de (US$) **par an** :
Engagement de personnel : $743 000
Coût de fonctionnement : $1 087 000
Total : $1 830 000

Le coût de l'exécution de la stratégie et du plan d'action pour la période de 10 ans (2010-2019) sera de **$18 300 000**

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US $10 000 près, activités et personnel compris :

Période biennale 2008-2009 (Plan de travail biennal)

Dépenses de fonctionnement : $577 000
Coûts de personnel : $985 000
Total partiel : $1 562 000

Déficit non financé : $598 000
Total : $2 160 000

c) Sur le coût estimatif noté au point *b),* quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?

$1 285 000 (biennal)
$6 425 000 sur 10 ans

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Les activités sont programmées en étant centrées sur les besoins des États Membres. D'une importance particulière sont les pays prioritaires, ceux qui un moindre développement de leurs services de santé mentale (selon les évaluations réalisées) et ceux qui sont soumis à des situations traumatisantes périodiques ou fréquentes comme peuvent l'être les catastrophes, les conflits armés, les déplacements de population et la violence. Les groupes de population en situation de vulnérabilité tels que les minorités ethniques, les peuples autochtones, les personnes atteintes d'une incapacité, les adultes âgés et les enfants et adolescents doivent également être le centre de l'attention.

Le Plan sera exécuté à trois niveaux :

- Régional : appui pour la mobilisation des ressources, promotion de la cause, élaboration et dissémination de documents techniques, méthodologiques et de formation; offre d'une coopération technique aux pays pour l'exécution des plans nationaux de santé mentale ainsi que l'évaluation et le suivi.

- Infra-régional : La décentralisation de la coopération technique dans le domaine de la santé mentale est une réalisation qui a commencé en 2004 et qu'il est essentiel de maintenir. Elle a permis de rapprocher la collaboration aux pays et d'assurer l'accompagnement aux États Membres qui le souhaitent. Elle facilite la coopération entre pays, le débat de problèmes communs et l'échange d'expériences.

- National : Formulation et exécution de plans nationaux de santé mentale sous la direction des ministères de la santé avec la participation d'autres secteurs et institutions. Appui et supervision des niveaux locaux.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : Engager comme personnel fixe de l'Organisation les trois conseillers sous-régionaux (Amérique centrale, Amérique du Sud et Caraïbes); ils sont actuellement sous contrat temporaire. Il serait souhaitable d'avoir un professionnel avec une formation en santé publique et en santé mentale, au niveau régional, pour aider dans les activités d'analyse épidémiologique, ainsi que dans le suivi de la coopération technique avec les pays et les stratégies de collaboration avec les centres collaborateurs et d'autres associés.

c) Calendriers (indiquer les calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation

2009 : Approbation de la stratégie et du plan d'action par le Conseil directeur.
2010 : Début de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action
2011, 2013, 2015 et 2017: évaluations biennales.
2019 : Évaluation finale.

- - -