

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 9, Numéro 2



juin 2010

Traduction intégrale en français du sommaire, des abstracts et de certains articles choisis

COMITE DE REDACTION DE LA VERSION FRANÇAISE DE WORLD PSYCHIATRY

3

TEXTES D'ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE FRANCOPHONE

1^{er} Congrès International Francophone de Psychiatrie Transculturelle, Paris 4
Congrès Français de Psychiatrie, 3^{ème} Edition, Lille 5

ÉDITORIAL

Les erreurs à éviter dans la mise en œuvre des soins de santé mentale communautaire 6
M. MAJ
Traduction Intégrale en français

ARTICLES ORIGINAUX

Organiser un service de santé mentale communautaire : quelques conseils de la WPA sur les étapes, les obstacles, et les erreurs à éviter 8
G. THORNICROFT, A. ALEM, R.A. DOS SANTOS, E. BARLEY, R.E. DRAKE ET AL
Traduction Intégrale en français

Bien vieillir : aspects cognitifs et émotionnels 24
D.V. JESTE, C.A. DEPP, I.V. VAHIA
Traduction Intégrale en français

FORUM- LES UTILISATIONS PROBLÉMATIQUES DE L'INTERNET – RECHERCHES ET DISCUSSIONS 32
Les utilisations problématiques de l'Internet : une vue d'ensemble
E. ABOUJAOUDE

Commentaires des discutants 33
Une décennie d'addiction à Internet : une rétrospective personnelle
K. YOUNG
Les utilisations problématiques de l'Internet : un trouble distinct, une manifestation d'une psychopathologie sous-jacente, ou un comportement inquiétant?
V. STARCEVIC
Utilisations problématiques de l'Internet et cheminement diagnostique
N. EL-GUEBALY, T. MUDRY
Le contexte des utilisations problématiques
J. KORKEILA
Internet: toute bonne chose a son revers

Les utilisations problématiques de l'Internet: est-ce plus une nécessité qu'une gratification ou est-ce dicté par l'humeur ?

S. PALLANTI
L'addiction à Internet : recherches actuelles en Asie
C. F. YEN, J.Y. YEN, C.H. KO

RAPPORTS DE RECHERCHE

Etude de l'absence apparente de psychose au sein de la communauté pastorale des Borana dans la région sud de l'Ethiopie. Evaluation des recherches à partir de plusieurs méthodes 33
T. SHIBRE, S. TEFERRA, C. MORGAN, A. ALEM

Le rôle des tempéraments anxieux et hypomanes dans les troubles mentaux : une enquête épidémiologique nationale 34
E.G. KARAM, M.M. SALAMOUN, J.S. YERETZIAN, Z.N. MNEIMNEH, A.N. KARAM ET AL

L'efficacité de traitements psychiatriques pour enfants et adolescents dans la réalité de la consultation 34
M. BACHMANN, C.J. BACHMANN, K. JOHN, M. HEINZEL-GUTENBRUNNER, H. REMSCHMIDT ET AL

CONTRIBUTIONS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE 35

Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaire au Kenya

R. JENKINS, D. KIIMA, F. NJENGA, M. OKONJI, J. KINGORA ET AL

PARTENARIAT WPA-OMS

Inciter les psychiatres à travailler dans les services d'urgences : un atelier WPA-OMS
M. VAN OMMEREN, L. JONES, J. MEARS

LETTRES AU RÉDACTEUR EN CHEF

- Faut-il inclure le "risque de trouble psychotique" comme catégorie diagnostique dans le DSM-V? 35
- Incongruence entre la durée des psychoses non-traitées et les résultats d'une recherche réalisée sur une cohorte de sujets en inde

NOUVELLES DE LA WPA

- Le 15e Congrès mondial de psychiatrie (Buenos Aires, 18-22 Septembre 2011) 36
- Le projet WPA sur les partenariats pour l'amélioration des bonnes pratiques dans le travail avec les usagers et les soignants
H. HERRMAN

THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

The WPA is an association of national psychiatric societies aimed to increase knowledge and skills necessary for work in the field of mental health and the care for the mentally ill. Its member societies are presently 134, spanning 112 different countries and representing more than 200,000 psychiatrists.

The WPA organizes the World Congress of Psychiatry every three years. It also organizes international and regional congresses and meetings, and thematic conferences. It has 65 scientific sections, aimed to disseminate information and promote collaborative work in specific domains of psychiatry. It has produced several educational programmes and series of books. It has developed ethical guidelines for psychiatric practice, including the Madrid Declaration (1996).

Further information on the WPA can be found on the web-site www.wpanet.org.

WPA EXECUTIVE COMMITTEE

President – M. Maj (Italy)

President-Elect – P. Ruiz (USA)

Secretary General – L. Küey (Turkey)

Secretary for Finances – T. Akiyama (Japan)

Secretary for Meetings – T. Okasha (Egypt)

Secretary for Education – A. Tasman (USA)

Secretary for Publications – H. Herrman (Australia)

Secretary for Sections – M. Jorge (Brazil)

WPA SECRETARIAT

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland. Phone: +41223055736; Fax: +41223055735; E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

WORLD PSYCHIATRY

World Psychiatry is the official journal of the World Psychiatric Association. It is published in three issues per year and is sent free of charge to psychiatrists **whose names and addresses are provided by WPA member societies and sections.**

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal. They should be subdivided into four sections (Introduction, Methods, Results, Discussion). References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6 :213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97. All submissions should be sent to the office of the Editor.

Editor– M. Maj (Italy).

Associate Editor– H. Herrman (Australia).

Editorial Board– P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

Advisory Board– H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

Office of the Editor – Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502; Fax: +390815666523; E-mail: majmario@tin.it.

Managing Director & Legal Responsibility - Wubbo Tempel (Italy).

Published by Elsevier S.r.l., Via P. Paleocapa 7, 20121 Milan, Italy.

World Psychiatry is indexed in PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index, and EMBASE.

All back issues of World Psychiatry can be downloaded free of charge from the PubMed system (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>).

World Psychiatry

Édition Française

Journal officiel de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA)

Volume 9, Numéro 1



Juin 2010

Président : Pr Mario Maj
Rédacteur en chef : Dr Rachid Bennegadi

Vice-présidente : Pr Helen Herrman
Rédacteur en chef adjoint :

Représentants de zone : - Zone 1, Pr Raymond Tempier - Zone 6, Pr Linda Gask, - Zone 11, Pr Driss Moussaoui

Présidents ou délégués des Sociétés Françaises et Francophones membres et affiliées de la WPA :

- * Association Française de Psychiatrie : Dr Michel Botbol, www.psychiatrie-francaise.com
- * Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, www.afpep-snpp.org
Dr Chantal Jacquié-Ledun * Alfapsy Dr Antoine Besse, www.alfapsy.org
- * L'Évolution psychiatrique Dr Yves Thoret, www.evolutionpsychiatrique.asso.fr
- * Société de l'Information Psychiatrique Dr Thierry Trémine, www.info-psy.com
- * Société Médico-Psychologique, Pr Jean-François Allilaire, www.smp.asso.fr

Président de la Fédération Française de Psychiatrie : Pr Gérard Schmit, schmitg@chu-reims.fr

Représentants de Centres de Recherches :

- * Centre Française Minkowska Dr Rachid Bennegadi, Mme Stéphanie Larchanché, www.minkowska.com
 - * Centre de Recherches d'Épidémiologie Dr Viviane Kovess
- * McGill University / Jewish General Hospital Pr Danielle Groleau, www.mcgill.ca/tcpsych
 - * McGill University Pr Laurence Kirmayer, www.mcgill.ca/tcpsych
 - * Centre de Recherches sur la Périnatalité Dr Gisèle Apter
- * Unité INSERM U 669, www.u669.idf.inserm.fr Pr Bruno Falissard, Dr Jean Michel Turin
- * Pr Julien-Daniel Guelfi, professeur émérite de l'Université Paris-Descartes, praticien attaché, CMME (Service du Pr Rouillon)

Représentants du réseau de bibliothécaires et documentalistes « Ascodoc-psy »

- Dr Christian Muller - Mme Aurore Cartier - Mme Nathalie Berriau

Représentants des pays francophones : Suisse : Pr François Ferrero, Dr Guido Bondolfi, Dr Philippe Huguelet

PAO : Mme Ursula Acklin-Kalil

Les fonctions de ce comité sont :

- La sélection d'articles choisis dans chaque numéro de World Psychiatry pour une traduction intégrale en français.
- La traduction du sommaire et de tous les abstracts du numéro
- La publication d'un éditorial ou d'informations concernant des publications et des congrès de la psychiatrie francophone
- La diffusion la plus large possible du contenu de la World Psychiatry.

La traduction des articles originaux est assurée par Mme Stéphanie Larchanché

Disponible sur internet : www.wpanet.org

1er CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE



« Enjeux Migratoires et Santé Mentale »

18 - 20 avril 2011, Paris, France



L'ambition scientifique de ce congrès était à la hauteur défi que pose la migration pour la santé mentale. Le fait que nous ayons demandé à plusieurs sociétés savantes internationales de soutenir cette initiative nous a permis d'élargir les compétences scientifiques allant du social au psychiatrique en passant par le psychologique, le psychanalytique et l'anthropologique.

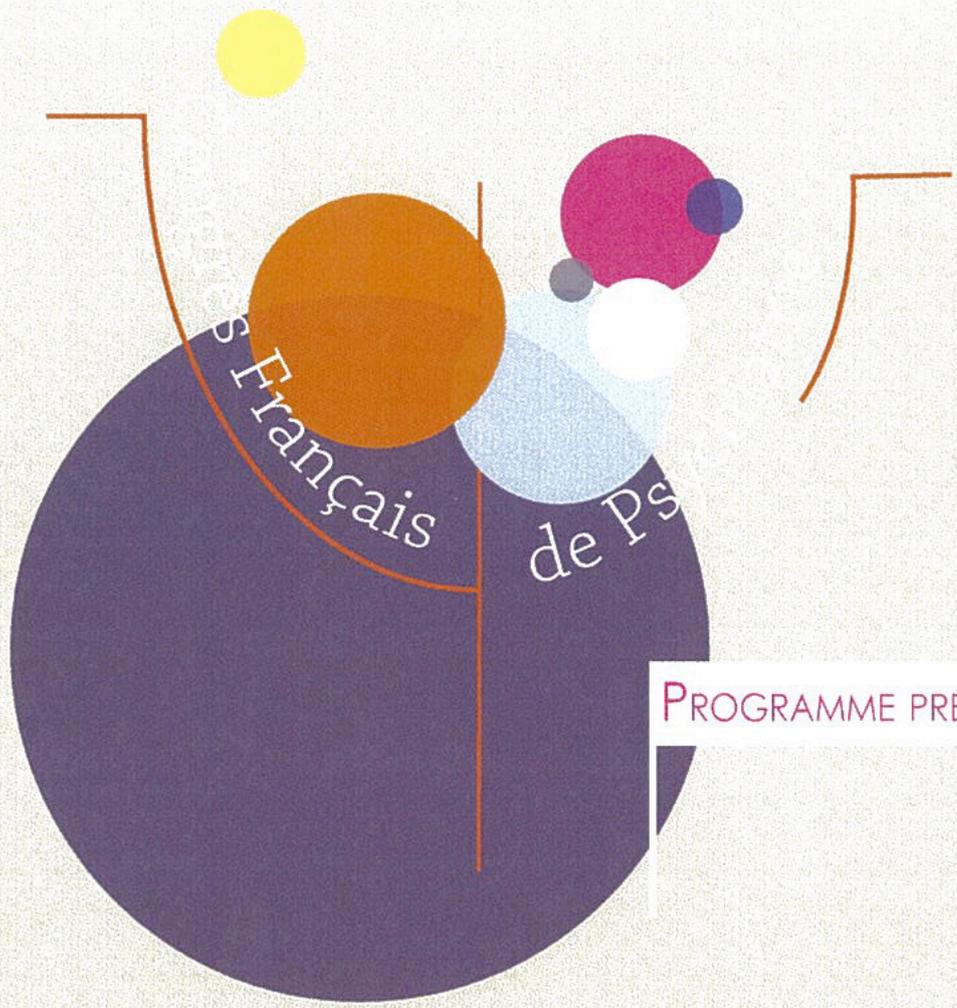
Les interventions ont mis en lumière l'importance du genre dans la santé mentale, de la spiritualité dans la pratique psychiatrique et des neurosciences dans leur lien avec les émotions. L'importance du moment de l'adolescence, la place du stress, les enjeux phénoménologiques et le management familial, tous ces thèmes ont été abordés sous l'éclairage de la compétence culturelle avec une dimension sociale, spirituelle, politique. Les symposia répondaient en écho ou approfondissaient les thèmes des séances plénières. Ni la formation ni l'enseignement n'ont été oubliés tant il est vital que les bonnes pratiques se transmettent par le biais du transfert de compétences et de la formation initiale, tout en invitant à la vigilance contre la stigmatisation.

Si les échanges scientifiques ont été de grande valeur comme ils le sont souvent lors de ces rencontres internationales où des psychiatres, des anthropologues et des psychologues apportent, non seulement leur expérience de terrain, mais également leur capacité de distanciation des problématiques de la psychiatrie transculturelle, de l'ethnopsychiatrie, de l'anthropologie médicale et de la psychiatrie sociale, pour autant, cela ne s'est pas fait au dépend de la véracité et de l'intensité des relations interpersonnelles et interculturelles entre tous les participants. Ce congrès fut l'occasion de véritables rencontres de personnalités venant de différents horizons et de différentes disciplines.

La section de Psychiatrie Transculturelle de l'Association Mondiale de Psychiatrie et le Centre Française Minkowska sont fiers d'avoir créé et soutenu une ambiance confraternelle solidaire et productive entre les praticiens et les chercheurs du monde entier.

Bien entendu, nous garderons également une place dans ce bilan qualitatif pour la chaleur et l'amitié qui se sont dégagées lors d'une fameuse croisière sur la Seine.





PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

CONGRÈS FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE

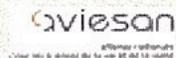
3^{ÈME} ÉDITION

● Psychiatrie : pluralité de la recherche,
convergence de la clinique

LILLE GRAND PALAIS

1, Boulevard des Cités-Unies 59777 EURALILLE

7-10 décembre 2011



Tél : +33 (0)1 55 43 20 00 Fax : +33 (0)1 55 43 18 19 email : info@congresfrancaispsychiatrie.org
www.congresfrancaispsychiatrie.org

Contact | Information | Inscriptions :
CARCO 6, cité Paradis 75010 Paris France

Les erreurs à éviter dans la mise en œuvre des soins de santé mentale communautaire

M. Maj

Président de l'Association Mondiale de Psychiatrie

Dans cette édition du journal, nous publions le premier guide de la WPA, en tant qu'élément du plan d'action de la WPA 2008-2011 (1,2), traitant des étapes, des obstacles et des erreurs à éviter dans l'implémentation des soins de santé communautaire. Deux documents sont presque prêts et apparaîtront bientôt dans le journal : le guide de la WPA sur la façon de combattre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres, et le guide de la WPA sur la santé mentale des migrants.

Le guide que nous nous présentons dans ce numéro peut être considéré comme un document « de la seconde génération » dans le champ des soins de santé mentale communautaire parce qu'il bénéficie de l'expérience de pays dans lesquels le développement des soins de santé communautaire a été le plus actif, précisant non seulement ce qui devrait être fait pour implémenter le processus, mais pointant également les erreurs qui ne faudrait pas répéter.

À cet égard, le document contient plusieurs déclarations importantes, que je vais maintenant lister et discuter brièvement.

Un modèle équilibré de soin

Le guide affirme clairement que notre objectif ne devrait pas être le passage total, même graduellement, aux soins psychiatriques communautaires, mais « la réforme des services de santé mentale selon une approche factuelle, équilibrant et intégrant des éléments des services communautaires et des services hospitaliers ».

Nous avons appris par expérience que les lits d'hôpitaux publics sont nécessaires en psychiatrie (par ex., il n'est pas vrai, comme on l'affirme parfois que, « la psychiatrie n'a besoin d'aucun lit ") quand on développe des soins de santé mentale communautaire, on doit veiller à ce que la dignité et la qualité des soins hospitaliers soient garanties.

L'hôpital et les services communautaires doivent être intégrés, afin d'assurer la continuité du soin, et l'hôpital général devrait être un endroit où la psychiatrie interagit activement avec d'autres spécialités médicales.

Préserver les compétences cliniques des psychiatres

Le guide énonce explicitement qu'il y a un besoin de maintenir les compétences cliniques des psychiatres malgré la variété de nouveaux engagements ». Un psychiatre qui est devenu un expert de première classe en matière de fourniture de lieux de résidence

communautaires, mais qui n'est pas en mesure de diagnostiquer une psychose organique ou de planifier la prise en charge d'une anorexie mentale chez une jeune fille, ne devrait pas être fier de lui-même.

Afin d'être vraiment utile à la communauté (et à d'autres professionnels, qu'ils sont censés former), les psychiatres se doivent d'apporter à la communauté leur expertise clinique. La pratique des soins de santé communautaire enrichira sûrement la pratique des psychiatres, et ces nouvelles connaissances devront s'ajouter à leurs bases classiques et non pas les remplacer.

Eviter la focalisation exclusive sur les états psychotiques

Le guide mentionne que, parmi les « questions qui peuvent altérer l'intégrité des services communautaires », la focalisation exclusive sur les états psychotiques risque de mener, soit à négliger la grande majorité des personnes présentant des troubles mentaux, soit à les laisser entre les mains de professionnels qui ne disposent pas de l'expertise adéquate. » Un service de santé mentale communautaire sur un secteur de recrutement identifié, dont les ressources humaines sont presque exclusivement consacrées à satisfaire tous les besoins de vingt ou trente patients psychotiques chroniques, alors que, dans ce même secteur, toutes les autres personnes souffrant de troubles ne sont même pas au courant de l'existence de ce service, ce dernier n'accomplit pas vraiment son mandat.

Les ressources et les synergies appropriées doivent être développées afin d'assurer la couverture adéquate de la gamme entière des troubles mentaux existant dans la communauté.

Protéger la santé physique des patients

Ce guide est probablement le premier dans son genre à faire apparaître que la négligence de la santé physique des patients comme une démarche qui peut altérer l'intégrité des soins de santé communautaire. En effet, le fait que des professionnels d'un service communautaire ne soient pas motivés pour traiter des problèmes de santé physique de leurs patients, ou que le service soit loin de tout hôpital, n'est pas une raison suffisante pour accepter la détérioration de la santé physique de ces patients.

Les synergies appropriées avec les médecins généralistes dans le secteur de recrutement concerné doivent être développées. En outre, le fait que des

médicaments antipsychotiques ne soient pas considérés par le personnel soignant comme l'élément le plus important du soin, ne suffit pas pour les utiliser de manière irrationnelle ou d'ignorer les instructions actuellement disponibles visant à prévenir ou à traiter leurs effets secondaires.

Une approche factuelle

Le guide souligne à plusieurs reprises le besoin de pratique basées sur une approche factuelle (évidence-based) dans la communauté. En effet, le développement des soins de santé communautaire est souvent mené avec passion et enthousiasme mais la passion et l'enthousiasme ne sont pas suffisants pour gérer des troubles mentaux.

Ces troubles exigent les interventions basées sur une approche factuelle, qui devraient être disponible dans tous les services de santé mentale communautaire. Les soins de santé communautaire ne peuvent pas être le lieu d'une expérimentation permanente et illimitée (et toute expérimentation a ses règles qui devraient s'appliquer également dans ce cas précis). En outre, il devrait être clair que les soins de santé communautaires « puissent permettre d'offrir un traitement à un patient, mais ne doivent pas se considèrent eux mêmes comme le traitement » Ce qui se fait réellement dans l'approche communautaire n'est pas une question marginale ; c'est l'essence même du problème.

Prévenir la collusion des soins de santé mentale avec des intérêts politiques étriqués

Le guide affirme que « c'est une erreur classique de relier la réforme des soins de santé mentale à des intérêts étriqués idéologiques ou de partis politiques ». Cette déclaration audacieuse, qui apparaît pour la première fois dans un document de cette sorte, sera certainement la bienvenue pour beaucoup de psychiatres.

Le fanatisme idéologique a été, en fait, dans plusieurs pays une source importante de dérapages du processus du développement des soins de santé communautaire et de division du mouvement pour la santé mentale.

La nécessité de considérer soigneusement les séquences évènementielles

Le guide souligne le besoin « de considérer soigneusement les séquences évènementielles concernant la fermeture de lits d'hôpitaux pour développer des services communautaires ». En effet, il n'est pas rare que les services hospitaliers soient fermés sans solutions de rechange communautaires viables.

Le transfert des patients chroniques à partir d'un hôpital psychiatrique public très « stigmatisant », et qui doit être fermé, vers des structures « moins

stigmatisantes » (mais incontrôlées) a été, moins rarement qu'on ne le croit, malheureusement, une modalité de désinstitutionalisation. Des milliers d'autres personnes, comme rapporté à plusieurs reprises dans la littérature, ont fini par atterrir dans la rue ou en prison.

La planification à long terme est essentielle

Le guide clairement et à plusieurs reprises précise que l'implémentation des soins de santé mentale communautaire exige un engagement fort et pérenne par les administrations concernées, et que cette planification (y compris les investissements en termes d'équipements, de personnel et de formation) devrait être faite sur le long terme.

En outre, une surveillance à long terme du processus est essentielle, et des indicateurs tels que le taux de suicide, la charge des familles de patients et les problèmes de santé mentale dans la population carcérale devraient être en permanence évalués, au même titre que la perception par les patients des résultats cliniques, de la qualité de la vie et de la satisfaction de la prise en charge

L'importance de la réadaptation psychosociale et de l'inclusion sociale

Le guide mentionne à plusieurs reprises que la réadaptation psychosociale et l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux est un aspect crucial des soins de santé mentale communautaire.

Le transfert d'un patient chronique d'un hôpital psychiatrique vers une résidence communautaire où il restera pour toujours, n'est pas suffisant, si le patient est laissé là avec juste le minimum basique d'assistance.

La capacitation (empowerment) des familles est une priorité

La nécessité de faire participer des soignants, aussi bien que des usagers, dans le processus de développement des soins de santé mentale communautaire est à plusieurs reprises soulignée dans le guide. En effet, il est arrivé trop souvent que, à la sortie d'une hospitalisation d'un patient présentant une maladie mentale grave, des familles ont été laissées seules avec leur problème, sans aucun soutien pratique ou psychologique.

Négliger ou minimiser cette question est injuste et malhonnête, d'autant plus que les interventions basées sur l'approche factuelle (évidence-based) sont maintenant disponibles et ont prouvé leur efficacité.

La WPA soutient le développement des soins de santé mentale communautaire dans le monde entier, de sorte que les gens présentant des troubles mentaux puissent avoir des services disponibles au plus près de leur localité, peuvent être traités dans

l'environnement le moins restrictif, et puissent maintenir leurs liens avec la communauté.

Nous attendons de l'implémentation des soins de santé mentale communautaire une amélioration pour les patients des résultats cliniques, de la qualité de la vie et de la satisfaction de la prise en charge.

D'autre part, il y a des leçons que nous avons tirées de l'expérience de ces pays dans lesquels le

développement des soins de santé communautaire a été le plus actif pendant les dernières décennies.

La WPA prévoit de porter ces leçons à l'attention des psychiatres (aussi bien que d'autres professionnels et décideurs de politiques de santé) des pays dans lesquels le processus vient juste de débiter ou va commencer dans un avenir proche.

Bibliographie

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:703.

ARTICLES ORIGINAUX

Organiser un service de santé mentale communautaire : Quelques conseils de la WPA sur les étapes, les obstacles, et les erreurs à éviter

Graham Thornicroft¹, Atalay Alem², Renato Antunes Dos Santos³, Elizabeth Barley¹, Robert E. Drake⁴, Guilherme Gregorio³, Charlotte Hanlon², Hiroto Ito⁵, Eric Latimer⁶, Ann Law¹, Jair Mari³, Peter McGeorge⁷, Ramachandran Padmavati⁸, Denise Razzouk³, Maya Semrau¹, Yutaro Setaya⁵, Rangaswamy Thara⁸, Dawit Wondimagegn²

¹Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK; ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia; ³Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Brazil; ⁴Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, NH, USA; ⁵National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan; ⁶Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Canada; ⁷New Zealand Mental Health Commission, Wellington, New Zealand; ⁸Schizophrenia Research Foundation (SCARF), Chennai, India

Cet article offre quelques conseils sur les étapes, les obstacles et les erreurs à éviter dans l'implémentation de services de santé mentale communautaire. Son objectif est d'apporter des informations utiles aux psychiatres du monde entier en ce qui concerne le développement de soins de santé mentale communautaire pour les adultes souffrant de maladies mentales. Les recommandations principales sont présentées en rapport avec les problématiques suivantes : le besoin de coordination dans la mise en place de politiques, de projets, et de programmes de soins, la nécessité d'ajuster les services aux populations, l'importance de sensibiliser la communauté sur la maladie mentale afin d'accroître les demandes de prise en charge individuelles, le besoin d'établir des dispositions financières et budgétaires efficaces afin de soutenir directement les services assurés par la communauté. Cet article conclut en identifiant une série de leçons qui résultent d'une longue pratique de santé mentale communautaire à l'échelle internationale, en appuyant particulièrement sur les mesures sociales et gouvernementales à entreprendre au niveau national, sur les étapes-clés à suivre dans l'organisation du système de santé mental local, sur les leçons apprises par les professionnels et les praticiens, et les façons d'exploiter au mieux l'expérience des usagers, des familles, et des partisans de cette initiative.

Mots-clés: Santé mentale communautaire, modèle de santé ajusté, services de santé mentale, droits de la personne, sensibilisation de la communauté, ressources humaines, psychiatres, formation, garantie de soins de qualité

(World Psychiatry 2010; 9:67-77)

En 2008, l'Assemblée générale de la WPA a approuvé un Plan d'Action de l'Association pour la Présidence triennale du Professeur Mario Maj. Un des objectifs de ce Plan est d'émettre des recommandations sur des

thématiques pratiques et d'intérêt pour les psychiatres du monde entier (1,2). Ce document apporte des indications sur les leçons apprises et les erreurs à éviter dans la mise en œuvre d'un système

de santé mentale communautaire, il fait partie de ce projet. Dans les publications à venir, nous tenterons de décrire avec plus de détails les obstacles et les solutions particulières identifiées dans plusieurs parties du monde.

Les problèmes de santé mentale sont fréquents, 25% de la population mondiale risquant de développer un ou plusieurs troubles mentaux à un moment donné dans sa vie (3). Ils contribuent de façon importante au fardeau de la maladie à l'échelle mondiale, lequel se mesure en années ajustées sur le handicap (*disability-adjusted life years: DALYs*). En 2004, les troubles neuropsychiatriques constituaient ainsi 13,1% de cette mesure à l'échelle mondiale, les troubles unipolaires dépressifs représentant à eux seuls 4,3% de ce total. De même, 2,1% des décès dans le monde sont directement attribuables aux troubles neuropsychiatriques. Les suicides ajoutent 1,4% au nombre total de décès, 86% d'entre eux commis chaque année dans les pays à revenus faibles et moyens (*low- and middleincome countries: LAMICs*) (4). Une revue systématique des rapports psychologiques post-mortem indique la présence d'un trouble mental chez 91% en moyenne de ceux qui commettent un suicide (5). L'espérance de vie est moins élevée chez ceux qui ont des problèmes de santé mentale que ceux qui n'en ont pas (l'écart est impressionnant dans certains pays), ce qui s'explique aussi par leur vulnérabilité plus élevée aux maladies physiques (6). Les problèmes de santé mentale constituent donc un fardeau important pour les individus et leurs familles à l'échelle mondiale, à la fois en terme de diminution de la qualité de vie et de la réduction de l'espérance de vie. Une offre de soins de santé mentale de qualité se révèle ainsi vitale afin de réduire une partie de ce fardeau (7).

Dans ce contexte, l'objectif de ce rapport est d'offrir quelques conseils sur les étapes, les obstacles, et les erreurs à éviter dans la mise en place d'un système de santé mentale communautaire, et d'apporter des recommandations réalistes et réalisables pour le développement et la mise en place, à l'échelle mondiale, d'un système de soins de santé mentale orienté vers la communauté sur les dix prochaines années à venir. Notre intention est que ces recommandations soient d'utilité pratique aux psychiatres et aux autres praticiens de la santé mentale et de la santé publique à tous les niveaux, y compris les politiciens, commissaires de la santé, financeurs, organisations non-gouvernementales (ONGs), usagers, et aides sanitaires. Bien que notre approche soit globale, nous focalisons notre propos principalement sur les pays à revenus faibles ou modérés, où les obstacles sont les plus prononcés.

QU'EST-CE QU'UNE SANTÉ MENTALE ORIENTÉE VERS LA COMMUNAUTÉ?

Il existe de grandes inconsistances entre les pays, et parfois même au sein de ces derniers, en ce qui concerne la définition et l'interprétation de ce que constitue le soin « orienté vers la communauté. » Parmi les pays les plus développés économiquement, historiquement, on peut dégager trois grandes périodes dans l'évolution des soins de santé mentale (8) :

- Le développement de l'asile (de 1880 à 1955 à peu près), caractérisé par la construction de grands établissements éloignés des populations desservies.
- Le déclin de l'asile ou sa "désinstitutionnalisation" (aux alentours de 1955), marqué par le développement de services de santé mentale basés dans la communauté, autrement dit à proximité des populations desservies.
- La réforme des services de santé mentale suivant l'approche factuelle (*evidence-based*), dont l'objectif est d'équilibrer et d'intégrer les services communautaires et hospitaliers (8-10).

Au sein d'un « modèle d'équilibre des soins » la plupart des services sont fournis dans des lieux communautaires à proximité des populations desservies, avec des séjours hospitaliers réduits au minimum, généralement dans les services courts-séjour et soins intensifs des hôpitaux (*acute care wards*) (11). Différents ordres de priorités s'appliquent selon les contextes économiques :

- Dans les milieux disposant de faibles ressources, l'accent est mis sur la mise à disposition et l'amélioration des soins de santé primaires, avec un effectif limité de soins spécialisés. La majeure partie des bilans et traitements en santé mentale sont prodigués, quand bien même cela est possible, par les structures de soins primaires ou par les guérisseurs traditionnels/religieux. En Ethiopie, par exemple, la plupart des soins est fournie par la famille/la communauté de voisins et de parents proches : seuls 33% des individus souffrant de troubles dépressifs majeurs et persistants s'adressent soit aux centres de santé primaire, soit aux guérisseurs traditionnels (12, 13).
- Dans les contextes de ressources modérées, des services de santé mentale pour adultes viennent s'ajouter aux services de soins primaires, suivant le montant des ressources, et suivant cinq catégories : centres de consultation ou de soins ambulatoires ; équipes de santé mentale communautaire ; services de soins intensifs court-séjours ; soins en institution sectorisée ; services de rééducation et d'ergothérapie.

- Dans les pays à revenus élevés, s'ajoutent encore aux services ci-dessus mentionnés d'autres services spécialisés dédiés à des groupes de patients spécifiques, et dont les modalités de soins peuvent se caractériser selon les mêmes cinq catégories que dans les pays à revenus moyens. Ces derniers peuvent inclure, par exemple, des centres de consultation ou de soins ambulatoires spécialisés, des équipes de traitement multidisciplinaires (*assertive community treatment teams*), des équipes d'intervention précoce, des équipes de résolution de crises, des hébergements d'urgence, des soins en institutions, des hôpitaux de jours (y compris pour les soins intensifs), des centres non-médicaux de consultation, des services de rééducation, de repos, ou pour l'emploi.

C'est sur ce modèle d'équilibre des soins que l'approche communautaire s'appuie. Dans les contextes disposant de faibles ressources, les soins orientés vers la communauté mettront l'accent sur la population et les besoins de santé publique.

- Identification des besoins de la communauté.
- Accessibilité des services à l'échelle locale (accessibles en moins d'une demi-journée par exemple).
- Participation de la communauté aux décisions liées à l'organisation et à l'offre de soins de santé mentale.
- Libre-service des usagers pour l'autonomisation des individus et de leurs familles.
- Services d'entraide et/ou de soutien aux usagers.
- Traitement initial par les équipes de soins primaires et/ou communautaires.
- Options de soins améliorés pour les prises en charge par des équipes spécialisées et/ou l'hospitalisation si nécessaire.
- Supervision et soutien auxiliaire de services de santé mentale spécialisés.
- Interfaces avec les ONG (en lien avec la rééducation par exemple).
- Réseaux à chaque niveau, y compris entre les différents services, la communauté, et les guérisseurs traditionnels et/ou religieux.

L'approche communautaire de soins repose donc sur un éventail varié de praticiens, de fournisseurs, et de services de soins et de soutien (à la fois professionnels et non-professionnels), même si certains éléments jouent un rôle plus ou moins important en fonction du contexte et des ressources disponibles, comme notamment l'existence d'équipes qualifiées.

VALEURS FONDAMENTALES ET DROITS DE L'HOMME (ou de la PERSONNE)

L'instauration d'un système de soins de santé mentale communautaire n'est réalisable que si elle repose sur des principes qui soulignent d'un côté l'importance de la communauté, et de l'autre la primauté des droits dont ceux qui souffrent de maladies mentales doivent jouir en tant que personnes et citoyens, y compris le droit à l'autodétermination (14,15). Les services de santé mentale communautaire soulignent l'importance de pouvoir suivre et rendre autonomes les personnes qui vivent dans la communauté, de sorte à ce qu'ils puissent maintenir le lien avec leurs familles, leurs amis, le travail, et la communauté. Cette approche reconnaît et soutient les projets et la détermination des personnes à poursuivre leur guérison au sein même de leur communauté (16).

Un principe fondamental qui sous-tend ces valeurs repose également sur la capacité de ces personnes à avoir un accès équitable aux services dans leur propre localité, et ceci dans un environnement le moins restrictif possible. En effet, tout en reconnaissant que certaines personnes sont gravement handicapées par leur maladie, la santé mentale communautaire vise à permettre aux usagers des soins de faire des choix et de participer aux processus qui impliquent une prise de décision dans la mise en place de leur traitement. Etant donné l'importance de la famille comme source de soutien et de repères relationnels, sa participation (avec la permission de l'utilisateur des soins) au processus d'évaluation, à la mise en place du traitement et à son suivi, sera une valeur ajoutée au modèle de soins communautaire.

Des conventions variées ont identifié, afin de les protéger, les droits des usagers de soins en tant que personnes et citoyens. Celles-ci incluent la Convention des Nations Unies Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CNUDRPH) (17) récemment ratifiée, ainsi que d'autres chartes plus spécifiques telles que les Principes des Nations Unies pour la Protection des Personnes Atteintes de Maladie Mentale et pour l'Amélioration des Soins de Santé Mentale adoptée en 1991 (18).

Les documents cités ci-dessus, ainsi que d'autres textes ratifiés à l'échelle internationale, régionale, ou nationale, spécifient tous les droits de la personne à être traitée de manière non-discriminante, sur la même base que les autres personnes; la présomption de capacité juridique, à moins que l'incapacité puisse être clairement démontrée; et le besoin de mettre à contribution les personnes handicapées dans le développement et les décisions prises autour des programmes d'intervention et des services qui les concernent directement (18). Ce rapport a été écrit précisément pour s'aligner sur les décisions du

CNURDPH and des traités et conventions associés.

MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL DE LA WPA

Les propositions élaborées ici prennent en considération les principes éthiques, les preuves justificatives, et l'expérience commune des auteurs et de leurs collaborateurs. En ce qui concerne les preuves disponibles, des revues systématiques de la littérature ont été entreprises afin d'identifier les références expertes et la littérature grise concernant la structure, le fonctionnement, et l'efficacité des services de santé mentale communautaire ou des obstacles à leur mise en place. Ces recherches ont été organisées pour la plupart des Régions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en reflétant le contexte des auteurs principaux du rapport. Il existe des limites à cette approche, notamment le fait que la Région Est Méditerranéenne de l'OMS ne soit que partiellement représentée, et que ce rapport concerne uniquement les services de santé mentale adulte. Par conséquent, les propositions ne s'adressent pas aux besoins des personnes atteintes de démence ou de déficit intellectuel, ni ceux des enfants atteints de troubles mentaux.

Les recherches varient selon l'expertise et les ressources locales. Une recherche a été effectuée sur Medline pour chaque région. D'autres banques de données ont été consultées, dont EMBASE, PsycINFO, LILACS, SciELO, Web of Knowledge (ISI), WorldCat Dissertations and Theses (OCLC) et OpenSigle. Pour chaque banque de données, les recherches se sont organisées autour de termes et mots-clés concernant les soins de santé mentale communautaire et les maladies mentales sévères.

D'autres recherches ont été effectuées à partir de sources électroniques non-indexées, telles que l'OMS, l'Organisation Pan-Américaine de la Santé (OPAS), la WPA, d'autres associations de santé mentale, et les sites des Ministères de la Santé de certains pays. Le moteur de recherche Google a servi à rechercher les documents Pdf publiés dans les pays européens et africains contenant les mots « santé mentale communautaire. » Les recherches se sont limitées aux articles publiés dans les langues parlées par les auteurs couvrant chaque Région de l'OMS, lesquels ont également obtenus des renseignements utiles auprès des Conseillers Régionaux de l'OMS.

Les recherches électroniques ont été complétées par des recherches dans la liste des références de tous les articles sélectionnés. Une recherche manuelle dans trois revues principales ayant rapport à l'Afrique (African Journal of Psychiatry, South African Journal of Psychiatry, and International Psychiatry) a été effectuée pour les numéros des cinq dernières années.

De plus, des textes-clés ont été identifiés: ceux qui incluent des articles et des chapitres de livres publiés par les auteurs de ce rapport (19-24), ainsi qu'une édition spéciale de la revue Lancet sur la Santé Mentale Mondiale (25-29). Les publications de l'OMS apportant des informations sur les services de santé mentale communautaire ont également été référencées (7, 31-33).

Pour ce qui concerne la Région Afrique, une recherche originale a été menée afin de compléter les données publiées. Vingt-et-un experts régionaux ont complété un questionnaire semi-structuré et auto-administré sur leur expérience dans l'application de soins de santé mentale communautaire en Afrique subsaharienne (34). Les experts venaient de 11 pays et d'une ONG active dans plusieurs pays en Afrique subsaharienne.

L'APPLICATION DE SOINS DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE: IDENTIFICATION DES POINTS COMMUNS

Les différences internationales et interculturelles peuvent jouer un rôle important dans la définition des besoins et dans la mise en place des services à l'échelle locale (plus particulièrement au niveau des ressources financières disponibles (28)). Néanmoins, en préparant ce rapport, nous avons été surpris de constater que les thèmes les plus fondamentalement importants (à la fois en terme d'obstacles et de leçons retenues) sont communs à de nombreux pays et régions. Par conséquent, nous avons choisi d'énumérer chacun d'entre eux.

Politiques, projets et programmes

Un obstacle commun à de nombreux pays est la difficulté à mettre en pratique les intentions de santé mentale communautaire. Nous faisons ici la distinction entre:

- La politique nationale (ou d'Etat, ou provinciale, selon l'organisation politique de chaque pays): une déclaration de stratégie générale (sur une période de 5 à 10 ans par exemple) traçant les objectifs à suivre pour le système de santé mentale dans son intégralité.
- Mise en place du projet: un détail des opérations déroulant les étapes spécifiques nécessaire à la mise en route de la politique nationale (par exemple, un document définissant quelles tâches à accomplir, par qui et quand, avec quels fonds, et identifiant les lignes de rapport, de même que les motivations et les sanctions mises en place pour les tâches complétées ou non complétées).
- Les programmes de santé mentale: un projet spécifique visant une localité (à l'échelle d'une région ou d'un district par exemple) ou

un secteur particulier (comme les soins primaires), et spécifiant de quelle manière cette composante du programme global doit être développée.

Selon l'Atlas de la Santé Mentale de l'OMS (31), en 2005, 62,1% des pays avaient une politique de santé mentale, et 69,6% avaient un programme de santé mentale en place (chacun couvrant respectivement 68,3% et 90,9% de la population globale). De nombreux pays ne disposant pas de telles politiques étaient les pays à revenus faibles ou intermédiaires (LAMICs). Même là où il existe des politiques de santé mentale complètes et basées sur les preuves factuelles (*evidence-based policies*), les problèmes de mise en action sont communs (33,35). Ces problèmes peuvent par exemple provenir des équipes de soin qui refusent de se plier aux politiques à cause des changements de rôles que cela implique (33), du manque d'accès de ces équipes aux informations factuelles et aux directives, de mécanismes de financement inadéquats, de formations du personnel soignant inadéquates, du manque d'outils de formation et de coaching du personnel de santé, du manque de supervision et de soutien, et du manque général de ressources humaines (35). Des projets de mise en place détaillés et surtout réalisables (prenant donc en compte les ressources disponibles) sont donc nécessaires à la réalisation des services de santé mentale communautaire.

Accroître les services à l'échelle des populations

Un obstacle supplémentaire auquel il faut pallier à l'échelle mondiale est celui de l'écart énorme qui subsiste entre les besoins en santé mentale de la population (la prévalence effective de la maladie mentale) et les soins offerts (la prévalence traitée) (7), ce qui souligne l'importance d'accroître les services à l'échelle des populations. Les preuves mettant en évidence le fardeau que constituent les troubles mentaux ne se sont pas traduites pas la mise à disposition de ressources adéquates en termes de soins (29). L'écart est particulièrement prononcé dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (LAMICs) où, de manière générale, 75% des personnes atteintes de maladies mentales ne reçoivent pas de traitement ou de soins, et moins de 2% du budget est attribué à la santé mentale (7). Les pays à hauts revenus disposent en moyenne de 10,50 psychiatres et de 32,95 infirmières psychiatriques pour 100,000 habitants (calcul de la médiane), contre de 0,05 et 0,16 respectivement dans les pays à revenus faibles (31). Même à l'intérieur des pays, la qualité et le niveau des services varie souvent beaucoup en fonction, par exemple, du groupe de patients, de la position géographique (l'offre de soin étant généralement plus grande dans les zones urbaines), ou des facteurs socio-économiques (3).

De même, seulement 10% des activités de recherche en santé mentale dans le monde s'adressent aux besoins de santé de 90% de la population vivant dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, dont une fraction concernée plus spécifiquement par l'implémentation et l'évaluation des interventions et des services (36). Les méthodes utilisées pour mesurer les besoins en ressources sont nécessaires à l'augmentation des services. Une méthodologie systématique a été développée pour définir les priorités de recherche sur la santé de l'enfant, en prenant en compte le principe que les interventions visant à réduire le fardeau de la maladie doivent être efficaces, durables, et abordables (37). Le Groupe Santé Mentale Mondiale de la revue Lancet a adopté une méthodologie semblable qui, tout en définissant des priorités pour la recherche en santé mentale dans le monde, insiste sur quatre groupes de troubles: les troubles dépressifs, anxieux, et autres troubles courants; les troubles de l'addiction à l'alcool ou à d'autres substances; les troubles de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent; et les troubles psychotiques tels que la schizophrénie (30). Il a été recommandé que, là où il existe déjà des structures de soins établies, les interventions soient rendues par des non-spécialistes de la santé mentale, et que les spécialistes, eux, jouent un rôle de renforcement des compétences et de supervision (38). Une revue complète des démarches de soin pour six troubles neuropsychiatriques dominants—le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), l'abus d'alcool, la démence, la dépression, l'épilepsie, et la schizophrénie—a également été suggérée récemment comme moyens d'élargir les traitements dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (20-24). Une longue liste de recommandations, également adaptée aux pays à revenus faibles ou intermédiaires, a été publiée par l'OMS en 2010 dans le cadre du Programme mondial d'action pour la santé mentale (mhGAP). Un état des lieux a récemment été réalisé par la WPA et ses Sociétés Membres sur la disponibilité et de la faisabilité des traitements variés pour les troubles mentaux les plus prévalents au sein de cohortes d'âge variées (39).

Sensibilisation de la communauté aux maladies mentales

Un obstacle supplémentaire à l'identification et au traitement des troubles mentaux à l'échelle mondiale réside dans le manque de connaissance à l'égard de ces derniers, avec une stigmatisation, voire une discrimination répandue des individus touchés par les problèmes de santé mentale. Il est important de le souligner car des campagnes de sensibilisation efficaces ont le potentiel d'accroître la fréquentation des personnes atteintes de maladies mentales dans les centres de soins primaires (40).

Trois stratégies principales ont été utilisées afin de réduire les démonstrations publiques de stigmatisation et discrimination: les revendications, l'éducation, et l'échange (41). Les revendications, qu'elles soient organisées par les individus stigmatisés eux-mêmes ou par les personnes qui les soutiennent, s'adressent généralement aux déclarations publiques stigmatisantes, comme par le biais de rapports médiatiques ou de publicités. Nombre de ces interventions—comme celles qui s'attaquent à la stigmatisation dans les publicités ou dans les feuillets télévisés—ont combattu avec succès les déclarations publiques négatives, et ont donc un impact évident (42). Cependant, il a été suggéré (41) que ces revendications sont impuissantes quant au changement des attitudes envers les personnes souffrant de maladie mentale.

Les interventions éducatives ont l'objectif de diminuer la stigmatisation en remplaçant les mythes et les stéréotypes négatifs par des faits, et ils ont réduit les comportements stigmatisants au sein de la communauté. Cependant, les études sur les campagnes d'éducation suggèrent que les changements de comportement ne sont pas souvent évalués.

La troisième stratégie est celle de l'échange personnel avec les personnes atteintes de maladies mentales (43). Par exemple, dans un certain nombre d'interventions auprès d'écoles secondaires ou auprès de la police, l'éducation et l'échange ont été combinés (44,45). L'échange s'avère la partie la plus efficace de l'intervention. Les facteurs favorisant les échanges interpersonnels et la réduction des stigmatisations peuvent inclure l'égalité de statut parmi les participants, l'échange coopératif, et le soutien institutionnel pour l'initiative de l'échange (46).

Pour l'éducation et l'échange à la fois, le contenu des programmes contre la stigmatisation et la discrimination est très important. Les modèles biogénétiques de la maladie mentale sont souvent mis en avant car leur vision de la maladie mentale comme problème biologique, principalement héréditaire, a le potentiel de réduire la honte et le blâme qui s'associent à elle. Cette attente optimiste (le fait que le modèle de causalité biologique de la maladie mentale pourra en réduire les stigmates) d'une réduction du blâme est prouvée dans les faits. Ceci dit, focaliser sur les facteurs biogénétiques de la maladie risque d'accroître la perception que les personnes souffrant de maladie mentale sont fondamentalement différentes, et les interprétations biogénétiques sont donc été associées à une plus grande mise à l'écart sociale (47). Par conséquent, la caractérisation de la maladie mentale comme étant « génétique » ou « neurologique » risque d'être réductrice et donc inutile à la réduction de la stigmatisation. En effet, dans de nombreux pays à revenus faibles ou

intermédiaires, le fait de souligner le potentiel héréditaire de la maladie mentale ne fait qu'intensifier la stigmatisation, en rendant par exemple les mariages plus difficiles.

Ces initiatives qui s'attaquent aux stigmates de la maladie mentale peuvent s'organiser à l'échelle nationale ou locale. Les campagnes nationales adoptent souvent une approche de marketing social, tandis que les initiatives locales s'intéressent souvent à des groupes ciblés. La campagne *Time to Change* lancée en Angleterre illustre un type de campagne à grande échelle et aux facettes multiples (48). Elle mélange une publicité agressive à travers les médias avec des initiatives locales. L'objectif de ces dernières est de faciliter l'échange entre membres de la société en général et les usagers des soins de santé mentale, de même que de pouvoir cibler des groupes spécifiques tels que les étudiants en médecine et les enseignants. Le programme est évalué par le biais de sondages publics mesurant la connaissance, les attitudes, et les comportements, mais aussi le niveau de discrimination vécue et rapportée par les individus souffrant de maladie mentale. Des initiatives semblables telles que *See Me* en Ecosse (49), *Like Minds, Like Mine* en Nouvelle-Zélande (50), l'initiative anti-stigmatisation de la WPA (51), ou encore bien d'autres programmes semblables dans d'autres pays—y compris le Japon, le Brésil, l'Égypte, et le Nigéria—ont produit des résultats positifs (40).

En somme, les mesures engagées pour combattre la stigmatisation et la discrimination ont prouvé leur efficacité (52). Pour être plus nuancé à ce propos, il faut noter que les discriminations individuelles ou institutionnelles, de même que l'auto-stigmatisation, débouchent sur des mécanismes innombrables de stigmatisation. Aussi, si certaines initiatives ont le pouvoir d'empêcher ou de diminuer ces stigmatisations, elles n'empêchent pas que ces dernières réapparaissent sous d'autres formes (53,54). Par conséquent, afin de réduire nettement les discriminations, ce sont les attitudes et les comportements stigmatisants des acteurs clés de la société civile qui doivent changer fondamentalement.

Solidifier les engagements par le consensus

La collaboration et le soutien des acteurs clés de la communauté sont essentiels au succès de la mise en œuvre de soins de santé mentale communautaire. Il est important d'avoir une approche systémique du processus de changement. Le soutien des politiciens, conseillers administratifs, et directeurs de la santé—dont les intérêts premiers ne portent pas nécessairement sur la santé mentale, les cliniciens, les membres clés de la communauté comme les prestataires des ONG, les usagers et leurs familles, ou les guérisseurs traditionnels et religieux—est une

chose importante. Les engager dans un impératif de changement nécessitera des stratégies différentes et une équipe de gestion du changement qui inclut des individus aux expertises variées est nécessaire. De manière générale, il est essentiel de définir des causes et des objectifs clairs pour effectuer la transition aux soins communautaires. Les messages doivent être concis, vérifiés par les faits, et consistants.

Obtenir un consensus pour soutenir le changement implique un grand travail de rencontre et de communication. Les outils de communication comprennent aussi bien la rédaction de documents que les possibilités de rencontre avec les groupes d'acteurs décisionnels. Les politiciens et les administrateurs attendront un projet de travail convaincant. Ceci dit, d'autres auront besoin de résumés de projets, de présentations interactives, ou de réunion de travail autour des suggestions et des inquiétudes. Les courriels, de même que les informations et les études disponibles sur internet, constituent aujourd'hui des outils supplémentaires dans ce travail. L'accent doit être mis sur la volonté de communiquer en toute franchise, avec ouverture et honnêteté, en faisant le nécessaire pour convaincre des bénéficiaires du changement.

Il est important de rappeler que dans certains cas les préjugés et les intérêts personnels devront être confrontés. Il est utile, au début du processus, d'identifier à la fois ceux qui sont susceptibles de soutenir le changement, et ceux qui sont susceptibles de s'y opposer. La capacité d'être à l'écoute des préoccupations de chacun et, si possible, de trouver des moyens d'y répondre en les incorporant à la programmation et à l'implémentation du processus est vitale, car cette capacité offre l'opportunité de faire en sorte que les gens se sentent inclus dans le processus. Pour le reste, l'audace et la fermeté communiqueront aux détracteurs combien l'intention d'instaurer le changement est sérieuse. Elles encourageront également les supporteurs à croire que leurs aspirations pour de meilleurs soins de santé mentale seront réalisées, ce qui par la même occasion les affranchira.

Mobiliser les acteurs clés de la communauté demande des occasions à la fois formelles et informelles de rencontrer, recevoir, conseiller et d'examiner les problèmes. La mise en place de groupes référents dès le début du processus de changement constitue un mécanisme formel central pour accomplir cette tâche. Ces derniers doivent donc inclure tous les acteurs clés, en particulier les usagers des services, les familles, les cliniciens et les prestataires de services, ces derniers étant essentiels pour faciliter l'intégration plus avancée des systèmes de soin dans le processus. Bien qu'il soit important d'encadrer le processus global par des réunions et des échanges formels, il est aussi important de pouvoir organiser des réunions

informelles sur demande pour la médiation dans les situations conflictuelles. Ce processus de consultation devra idéalement déboucher sur un amalgame de contributions « d'en haut » et « d'en bas » sur le processus de changement. Les rapports sur les progrès effectués sont un moyen essentiel de maintenir la confiance et de construire l'engouement jusqu'à l'aboutissement du projet.

Il est aussi important de retenir que les services de santé mentale compétents ont mis en place des procédés faisant en sorte que l'opinion des usagers, de leurs familles, et des prestataires de la communauté soit entendue sur une base constante. L'objectif n'est pas simplement de réaliser un changement discontinu, mais de promouvoir une amélioration continue de la qualité des soins et de montrer à leurs usagers qu'ils en constituent un enjeu majeur. Sans l'efficacité de telles concertations, les autorités de santé pourraient très rapidement négliger les demandes variées émergeant d'un secteur de santé mentale fragmenté, et de favoriser plutôt les domaines de la santé (comme le VIH/SIDA) qui démontrent leur capacité à s'unifier autour d'un nombre plus réduit de priorités.

Les erreurs à éviter

Plusieurs erreurs sont régulièrement commises dans la mise en place de soins de santé mentale communautaires. Tout d'abord, il faut envisager avec précaution la transition entre les fermetures de lits à l'hôpital et le développement de services communautaires. Il faut à tout prix éviter de fermer l'accès aux soins hospitaliers sans s'assurer au préalable que les services qui leur succéderont sont déjà en place et prêts à recevoir les patients sortis de l'hôpital de même que les nouvelles orientations. En même temps, il faut éviter de développer les services communautaires en laissant les soins (et les budgets) hospitaliers intacts. Il faut plus particulièrement, à chaque étape du processus de réforme, parvenir à un équilibre entre un nombre suffisant de lits (surtout en hôpital de jour) et l'offre d'autres soins pour les cas d'urgences.

Une autre erreur souvent commise est celle de tenter la réforme du système sans inclure tous les personnes clés concernées. Des initiatives comme celle-ci doivent surtout inclure les psychiatres, lesquels pourraient sans cela se sentir victimes de décisions prises "d'en haut" et de réagir—soit dans leurs propres intérêts, soit dans ceux de leurs patients—en faisant ralentir ou en s'opposant aux changements. D'autres personnes clés à ne pas oublier sont les conseillers et les hommes politiques, les autorités de la santé, les usagers et les professionnels du soin, les prestataires de soins des

secteurs privés et publiques, les ONGs nationales et internationales, les gens qui dispensent des soins de médecine alternative, complémentaire, traditionnelle, ou religieuse, et enfin les associations professionnelles et nationales concernées. Généralement, ces groupes qui ne seront pas entièrement sollicités dans le processus de réforme le feront savoir en essayant de porter entrave à ce dernier.

Encore une erreur à ne pas commettre est celle de faire un lien inapproprié entre la réforme des soins de santé mentale et des intérêts idéologiques ou les intérêts de certains partis politiques. Cela est susceptible de créer de l'instabilité, étant donné qu'un changement de gouvernement renverse souvent les projets des prédécesseurs. Des lignes semblables de fracture ou de fragmentation sont susceptibles d'émerger entre les réformes de services telles qu'elles sont proposées par les psychologues ou par les psychiatres, ou entre les psychiatres d'orientation sociale et ceux d'orientation biologique, ou encore entre les cliniciens et les groupes d'utilisateurs et consommateurs de soins.

Quelles que soient les points particuliers de désaccord, de tels conflits diminuent les chances que les réformes de fonctionnement soient compréhensibles, systematisables et pérennes, et font courir le risque que les décideurs refusent d'adopter des propositions qui ne sont pas pleinement approuvées par tout le secteur de la santé mentale.

D'autres questions peuvent compromettre le bon fonctionnement des services communautaires comme:

- a) la focalisation exclusive sur les services communautaires pour les troubles psychotiques, négligeant ainsi la grande majorité des personnes atteintes de troubles mentaux ou celles qui sont prises en charges par des professionnels qui n'ont pas les compétences appropriées;

- b) la négligence de la santé physiques des patients.

Le financement des soins

Le financement est un pivot du bon fonctionnement des services de santé mentale (10). Comme nous l'avons indiqué auparavant, le financement des services de santé mentale dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a tendance à être limité. Il se peut que cela soit en partie dû à une attitude stigmatisante envers les troubles mentaux, et à une absence de reconnaissance des bénéfices économiques qui peuvent découler de l'amélioration du système de soins de santé mentale. Dans un cas de

figure idéal, la partie du budget de la santé qu'un pays accordera aux soins de santé mentale s'appuiera sur l'étude comparative des bénéfices pouvant être apportés par le biais d'un investissement dans les formes de soins alternatives. Cependant, ce genre de données n'est généralement pas accessible dans ces pays. De plus, quelque soit le financement, ce dernier est souvent réservé aux soins hospitaliers. Remédier à cette tendance revient, au départ, à réorganiser la répartition du budget : il s'agit de mobiliser les ressources existantes pour servir d'autres fonctions afin d'accroître le financement des soins communautaires. Le problème qui se pose alors est celui du financement des prestataires publics (les hôpitaux, les programmes indépendants, et peut-être même les prestataires individuels indépendants comme les psychiatres) pour les soins qu'ils offrent. Les formes les plus simples de paiement sont les budgets ouverts pouvant couvrir à la fois les structures et les programmes, de même que les salaires pour les prestataires individuels. Ces budgets peuvent être reconduits d'une année à l'autre avec des ajustements mineurs suivant l'inflation. Ces mécanismes simples de paiement ont l'avantage d'être aussi simples au niveau administratif.

En même temps, ils présentent deux inconvénients majeurs. D'abord, ils n'incitent pas à augmenter ni la quantité ni la qualité des services offerts. Deuxièmement, les changements démographiques sont susceptibles de faire évoluer les causes de la demande de soins de la part de prestataires variés et, sans prendre en compte ces changements dans la demande locale, les inégalités de paiement parmi les prestataires sont susceptibles d'apparaître et de s'exacerber avec le temps. En retour, cela compromettra l'accès aux soins chez des prestataires surbookés, en risquant de découler sur une surenchère de soins (par exemple des temps d'hospitalisation excessifs) de la part des autres prestataires. Par conséquent, les pays ayant la capacité technique et administrative d'introduire des systèmes de paiement complexes devraient considérer cette possibilité.

En ce qui concerne les hôpitaux, une alternative relativement simple et applicable dans les endroits où les soins sont sectorisés est celle de la modulation des budgets en fonction de la population où se situe la structure en question. Les pays ayant la capacité technique de le faire peuvent également ajuster le niveau de paiement par personne sur la base de variables sociodémographiques étant liées au besoin de soins de santé mentale en milieu hospitalier (par exemple, la pauvreté).

Pour les hôpitaux qui desservent des secteurs en commun, un mélange de paiement anticipé (en fonction du nombre d'admissions) et rétroactif (sur la base du nombre effectif de jours d'hospitalisation) peut se révéler préférable au choix d'un seul mode de

paiement. Le paiement rétroactif seul incite la surenchère de services, tandis que le paiement anticipé seul—étant donné la difficulté à estimer avec précision les besoins en soins d'une personne admise pour une condition psychiatrique—risque d'inciter une sous-estimation de ces derniers.

En ce qui concerne les programmes indépendants ou les prestataires individuels, les deux options principales, en dehors du budget fixe et du salaire, sont le paiement par service rendu et le paiement au forfait. Le paiement par service rendu encourage l'augmentation des services sans égard pour les résultats. Si certains services (par exemple l'ordonnance de médicaments) coûtent plus cher par unité de temps que d'autres (comme la psychothérapie), alors le paiement par service rendu aura également une influence sur la variété de services offerts. De plus, le paiement par service rendu tend à maximiser les contacts avec les patients qui sont moins malades, plus compliants, et plus faciles à traiter. Les patients difficiles ou plus sévèrement malades bénéficient de moins de soins, sauf lorsque les paiements sont ajustés par degré de sévérité de la pathologie ce que l'on appelle les ajustements au cas par cas. Les utilisations efficaces de temps clinique comme les contacts par téléphone ou par ordinateur ne sont pas prises en compte car ces dernières ne sont pas remboursées.

Le paiement par forfait encourage l'augmentation du nombre de personnes servies. Il peut déboucher sur une prise de responsabilité plus importante dans les soins de patients spécifiques. Ceci dit, à moins qu'une certaine compétition existe entre prestataires de soins, il n'incite pas en soi à l'amélioration de la qualité des services. De plus, les programmes fonctionnent souvent aux limites de leur capacité, et ils rencontrent des difficultés à transférer les patients vers des services moins intensifs.

Les pays ayant la capacité technique et administrative (et la marge de manœuvre politique) de le faire devraient penser à inciter l'amélioration de la qualité des services, qu'il s'agisse des hôpitaux, des programmes, ou des prestataires individuels. Selon le travail pionnier de Donabedian, la qualité est envisagée, de manière générale, comme étant liée à la structure, aux processus, et aux résultats (55). Ajuster les paiements des hôpitaux, des programmes, ou des prestataires individuels à partir des indicateurs de structure ou de processus (tels que les qualifications officielles des équipes, l'accomplissement d'un certain score sur une échelle de fidélité modèle) part du principe que ces indicateurs sont effectivement en mesure de prédire le niveau de qualité. Dans la mesure où ils peuvent le faire, encourager l'accomplissement de scores élevés sur la base de ces indicateurs pourrait se révéler bénéfique, notamment en ayant un effet neutralisant sur le type de patient à

qui le prestataire cherchera à offrir ses soins. Ajuster les paiements sur la base des résultats (comme par exemple sur la base des indicateurs physiologiques du syndrome métabolique, sur les taux de ré-hospitalisation, ou à partir des taux d'emploi) a l'avantage de se baser sur les objectifs apparents du système. Cependant, ce système encourage la sélection de patients moins malades. Davantage de recherches sont nécessaires sur les façons de créer des systèmes efficaces qui encouragent la qualité des soins de santé mentale communautaire et qui soient applicables dans les pays ayant des capacités techniques et administratives plus ou moins développées.

En somme, les différents systèmes de paiement influent sur la sélection des patients, la qualité et la variété des traitements, et les résultats, de manière plus ou moins favorable, chaque système demandant des degrés variés de capacité technique et administrative afin d'être mis en place avec succès. Déterminer le système optimal ou la combinaison de systèmes à mettre en place pour un système de soins donné dépend aussi probablement beaucoup de l'histoire de ce dernier, de son infrastructure, de ses ressources financières, humaines, et d'autres facteurs.

La formation des équipes, les ressources humaines, et le rôle des psychiatres

Les ressources humaines sont l'atout le plus important des services de santé mentale. La transformation progressive des soins communautaires a engendré des changements dans la manière dont les ressources humaines sont mobilisées (56). Les changements principaux concernent la réaffectation des équipes d'un environnement hospitalier à des services communautaires, le besoin de nouvelles compétences—notamment dans les domaines de la guérison et de la rééducation, et la formation d'une gamme élargie de professionnels—y compris des professionnels du soin communautaire—selon le contexte des besoins pratiques du pays concerné (57). De plus, dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, les psychiatres professionnels subissent une surcharge des activités cliniques, et ils risquent donc de ne pas pouvoir dévouer davantage de leurs temps de travail hebdomadaire à des initiatives de développement.

Une autre facette du développement des ressources humaines concerne l'accent mis sur l'intégration des soins de santé mentale dans les structures de soins primaires, afin d'en augmenter l'accès à des populations mal desservies. Ceci a nécessité la formation des équipes de médecine générale à certaines compétences en santé mentale telles que la détection des troubles mentaux, l'offre de soins de base, et l'orientation des problématiques complexes aux spécialistes. Dans la plupart des pays émergents, il

existe un grand besoin de généralistes expérimentés, capables de prendre en charge la plupart des problèmes psychiatriques dans un contexte où l'accès à tout professionnel de la santé mentale est limité. D'autres problèmes se posent, y compris l'absence d'assurance maladie, les frais non remboursables, et les charges financières qui pèsent donc sur les familles.

L'élargissement de la portée et la transition aux soins de santé mentale communautaires impliquent une plus grande complexité de la prise en charge, ce qui affecte le rôle des psychiatres, en l'élargissant à la promotion de la santé et à la prise en charge sociale. Les psychiatres doivent ainsi travailler dans des environnements variés, et avec des équipes professionnelles différentes. Les activités de programmation et de gestion prendront une place plus centrale. On considère que les psychiatres ont une expertise unique, et qu'ils occupent une place privilégiée dans la plupart des pays, étant sollicités en tant que consultant par les gouvernements ou les groupes de préparation des programmes politiques et des plans d'action. Il existe des pays où ces groupes sont constitués exclusivement de psychiatres. Ces derniers ont donc l'opportunité unique de participer au processus de réforme dans le meilleur intérêt des patients, des familles, des soignants, du public et des équipes.

Tandis que la rééducation psychosociale constitue une partie importante du processus général de prise en charge des maladies mentales chroniques, son utilisation est encore rare comparé à l'utilisation de médicaments (58). Dans de nombreux pays émergents, la formation est limitée pour les ergothérapeutes, les psychologues ou les travailleurs sociaux. Dans les pays où il existe peu de psychiatres, les nombreuses charges médicales, administratives et de direction laissent peu de temps aux psychiatres pour travailler avec les unités de rééducation. Même si dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, d'autres ressources sont disponibles—comme les réseaux familiaux et communautaires, les groupes religieux, les opportunités informelles d'emploi—et pourraient être mobilisées afin de soutenir la rééducation des personnes souffrant de maladies mentale sur un long terme.

RECOMMANDATIONS

En nous basant à la fois sur la revue des travaux élaborée par notre groupe de travail à la WPA, ainsi que sur nos expériences professionnelles cumulées, nous avons pu identifier une série de défis et d'obstacles qui surgissent régulièrement lors de la mise en place d'un système de soins de santé mentale communautaire. En même temps nous avons distingué les étapes et les solutions connexes pouvant apporter des réponses positives et efficaces à ces obstacles (19, 27), comme elles apparaissent dans le Tableau 1.

Nous suggérons que les personnes intéressées dans l'organisation et la mise en œuvre de systèmes de soins en santé mentale équilibrant les soins de secteur et les soins hospitaliers soient attentifs à l'anticipation des défis identifiés ici, et d'apprendre les leçons de ceux qui ont eu à se démêler avec ces problèmes auparavant.

Développement de l'organisation, garantie de la qualité, et évaluation des services

Le lancement des soins de santé mentale communautaires demande de la part des acteurs clés de solides compétences de leadership basées sur les concepts des soins communautaires. Il est utile de s'inspirer de modèles qui ont réussi en utilisant des outils de base, y compris des calendriers, des formulaires d'évaluation, des profils de poste, des procédures d'utilisation (9).

Les activités de coaching et de suivi devront venir renforcer les services de soin et les rendre durables. La mise en œuvre des procédures de mise en opération, les outils de référence, et la poursuite de la supervision sont essentiels. Pendant que les soins communautaires s'établissent dans plusieurs régions, les composantes des services se standardisent progressivement, et les soins standards manualisés deviennent accessibles.

La démarche de qualité est réalisable même dans les endroits où les ressources sont limitées. La surveillance de la qualité peut être incorporée aux activités de routine en sélectionnant les services cibles, en recueillant des données, et en utilisant les résultats afin de résoudre les problèmes du système et d'envisager des projets futurs. L'évaluation externe a lieu à différents niveaux. Les autorités locales vérifient si les prestataires de services suivent les règles énoncées dans les lois et les circulaires, tandis que les investisseurs examinent la nécessité des services offerts. Les collègues professionnels et les consommateurs participent aussi à des évaluations indépendantes.

Puisque l'objectif principal des services de santé mentale est d'améliorer le sort des individus souffrant de maladies mentales, il est crucial d'évaluer les traitements et les soins. Les résultats peuvent également servir à justifier l'utilisation de ressources. Par conséquent, il est nécessaire de développer les recherches afin d'offrir les meilleurs soins possibles qui amélioreraient directement la condition de ceux qui les utiliseront.

Tableau 1 Obstacles, défis, leçons retenues et solutions apportées à la mise en œuvre des soins de santé mentale de secteur

	Obstacles et défis	Leçons retenues et solutions
<i>Société</i>	<p>Indifférence, ou violation des droits de l'homme des individus souffrant de maladie mentale</p> <p>Stigmatisation et discrimination, reflétées dans les attitudes négatives des équipes de soins</p> <p>Besoin de répondre aux différents modèles de comportement anormal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes de surveillance: société civile et groupes d'usagers des soins, inspecteurs du gouvernement, ONG internationales, associations professionnelles. - Accroître la sensibilisation de la population à la maladie mentale, aux droits des personnes souffrant de maladies mentales, et aux traitements disponibles. - Encourager la participation des usagers et de leurs familles/soignants aux décisions politiques, à la formation médicale, à l'offre de soins (par exemple en participant aux comités d'administration ou en subvenant directement aux besoins des usagers), à l'évaluation des services (sondages sur la satisfaction des usagers). - Les paradigmes traditionnels et religieux doivent pouvoir être amalgamés, mélangés, ou s'aligner aussi bien que possible avec les paradigmes médicaux.
<i>Gouvernement</i>	<p>Faible priorité accordée par le gouvernement à la santé mentale</p> <p>Programme de santé mentale inexistant ou inadapté</p> <p>Législation sur la santé mentale absente, désuète, ou inadaptée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un groupe de travail gouvernemental sur la maladie mentale définit une mission comme priorité de santé publique. - La mission peut inclure des valeurs, des objectifs, une structure, un aménagement, de l'éducation, de la formation, et une démarche de qualité pour le système de santé mentale de secteur dans une approche de santé publique. - Etablir un soutien politique non-partisan pour la politique nationale et le projet de mise en œuvre. - Un soutien efficace contre les écarts de santé mentale, le fardeau mondial de la maladie, l'impact des interventions de santé mentale, la réduction de l'espérance de vie. - Mobilisation de l'OMS et autres agences internationales pour des actions de soutien, mettre en lien les priorités de santé et les fonds disponibles, répondre favorablement aux événements non-anticipés. - Identifier au sein du gouvernement les champions de la cause qui possèdent une autorité administrative et financière. - Recommander ou formuler un programme basé sur des entretiens avec les acteurs clés du système, et s'appuyant sur une approche de santé publique prenant en compte les besoins de la population, et englobant les différents secteurs de soins. - Participation des usagers à l'élaboration du programme. - Créer un lobby et une ligne d'argumentation puissants pour défendre une législation sur la santé mentale. - Moderniser la législation sur la santé mentale afin qu'elle soit adaptée aux soins de secteur. - Observateur ou organisme de surveillance pour superviser la bonne mise en application de la législation sur la santé mentale.

Ressources financières inadaptées au niveau de besoins de la population	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les ingénieurs du programme au fossé qui existe entre le fardeau de la maladie mentale et les ressources accordées, et au fait que des traitements efficaces sont disponibles, et à des prix abordables. - Recommander une hausse de l'investissement dans les soins de santé mentale, en s'appuyant sur des informations, des arguments, et des cibles appropriés, tels que le fardeau mondial de la maladie, ou les besoins encore non-satisfaits du programme mondial pour la santé mentale (mhGAP). - Recruter les figures clés de la politique et du gouvernement afin qu'ils soutiennent le financement nécessaire à la réalisation des initiatives.
Problème d'alignement entre les méthodes de paiement et les services et résultats escomptés.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un système qui mette directement un lien entre les éléments constituant des services et les catégories de soin financièrement remboursables, comme les pratiques de médecine factuelle (<i>evidence-based practices</i>). - Offrir des primes d'encouragement pour les résultats appréciés. - Créer des catégories de remboursement qui soient cohérentes avec la stratégie globale du système. - Développer et utiliser des indicateurs clés de performance. - Réserver le budget de transition à l'affectation des équipes hospitalières vers les institutions de secteurs.
Aborder le sujet de l'infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité pour le gouvernement de prévoir et de financer une utilisation efficace des bâtiments, des équipements essentiels, des systèmes d'information électroniques, ou encore d'autres choses qui aideront à orienter, surveiller, et améliorer le système et ses résultats.
Aborder le sujet de la structure du système de soins de secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer le système de santé mentale, depuis les soins de santé primaire locaux, jusqu'aux services régionaux et aux soins spécialisés centralisés, et combler les manques avec les nouvelles ressources à mesure que le financement s'élargit.
Ressources humaines non adéquates pour la délivrance des soins de santé mentale par rapport au niveau des besoins de la population	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des besoins en soins de santé primaire et en soins de santé mentale spécialisés de la population. - Former les nouveaux professionnels de la santé aux soins de santé et de santé mentale de secteur. - Former les professionnels pratiquants de la santé et de la santé mentale aux soins de santé mentale de secteur.
Fuite des cerveaux, incapacité à garder les talents, maintien des équipes, et lente ascension professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Agences ONU/ONGs internationales assument la viabilité de leurs projets/ programmes. - Programmes d'échanges entre pays. - Définir une période de temps durant laquelle les étudiants en médecine/ les fonctionnaires doivent exercer dans leur pays ou dans les zones rurales. - Renouvellement des tâches/différentiation des fonctions des psychiatres afin d'exploiter leur compétence dans leur champ d'expertise. - Créer des systèmes de primes et de réputation pour les psychiatres qui s'engagent dans la santé mentale de secteur. - Former d'autres professionnels de la santé (moins susceptibles à la fuite des cerveaux) à offrir des soins de santé mentale. - Le financement des études ou des formations peut éventuellement s'ajouter à l'affectation et à la conservation des ressources afin d'assurer leur distribution équitable et

		<p>de dissuader les phénomènes d'émigration sans remboursement approprié.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations de proximité avec les ministères, autres acteurs clés, et ONG internationales. - Fixer le projet de santé mentale, afin que les ONG puissent atteindre leurs objectifs de façon viable. - Engagement du gouvernement à collaborer avec les ONG et les partenariats entre le privé et le public.
		<ul style="list-style-type: none"> - Ceci inclut un projet de services de santé mentale locaux, régionaux, et centralisés, basés sur les besoins de santé publique, l'intégration complète des soins de santé primaires, l'affectation rationnelle d'une force de travail multidisciplinaire, le développement d'une technologie d'information, le financement, et l'utilisation des structures existantes. Tous les groupes d'acteurs clés peuvent être impliqués dans le développement, la supervision, et l'ajustement du programme.
<p><i>Organisation locale du système de santé mentale</i></p>	<p>Besoin de créer, superviser, et ajuster l'organisation du système de santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un projet de mise en application mettant clairement en avant la coordination entre les services. - Développement de la politique / du programme de mise en application indiquant le nombre de services requis pour chaque population. - Distinction des rôles entre services hospitaliers, services de secteur, et services de soins primaires, entre les services publics et privés, en utilisant le système de la sectorisation/du forfait avec un système de financement flexible. - Priorité donnée aux groupes ciblés, surtout les individus souffrant de maladies mentales sévères et persistantes.
	<p>Absence d'un programme de santé mentale réalisable, ou faute de mise en application du programme de santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre le programme réalisable en identifiant les ressources disponibles, les tâches à compléter, les responsabilités et les échelles de temps à distribuer, les dispositions prises pour la communication et la comptabilité, les systèmes d'échelle des progressions et d'évaluation.
	<p>Identifier les phases de déroulement du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de projets sur 5 et 10 ans par les planificateurs et les leaders professionnels.
	<p>Mauvaise utilisation des structures de santé mentale existantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en valeur les bénéfices des structures et des services offerts. - Tracer les parcours de soins. - Supervision interne de la qualité des soins, surtout au niveau des actes et des résultats.
	<p>Inclure les services non-médicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure les familles, les services œcuméniques, les ONG, les services de logement, d'insertion professionnelle, de soutien mutuel, et d'entraide. Impliquer tous les acteurs clés dans la création du système. - A l'aide d'un formulaire simple et peu coûteux, confier les démarches clés – telles que le bilan initial et les prescriptions – à des équipes spécialement formées et disponibles au niveau approprié. - Identifier des leaders qui prendront fait et cause de ces changements et qui accompagneront ces démarches. - Encourager la participation à l'organisation, aux prises de décision, à la direction, et à la gestion du projet.

	Manque de collaboration plurisectorielle, qui puisse inclure par exemple les secteurs des guérisseurs traditionnels, du logement, de la justice criminelle, ou de l'éducation	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un projet clair de politique générale et de mise en application par tous les acteurs clés. - Collaborer avec les autres services de proximité afin d'identifier et d'aider les individus souffrant de maladie mentale. - Offrir des informations et de la formation à tous les praticiens. - Etablir des comités consultatifs et de gouvernance pluri-sectoriels. - Sessions de familiarisation entre praticiens occidentaux et coutumes locales.
	Disponibilité limitée ou inégale des psychotropes	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les politiciens et les financiers des coûts/bénéfices des médicaments spécifiques. - Offrir une infrastructure pour la surveillance de la clozapine. - Surveiller les modes de prescription des psychotropes. - Fonds renouvelables de médicaments, partenariats public-privé.
<i>Professionnels et praticiens</i>	Recruter des leaders	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'impliquer les psychiatres et autres professionnels en tant qu'experts dans l'organisation, l'éducation, la recherche, et pour vaincre l'inertie et les résistances de l'environnement actuel.
	Difficulté à maintenir la formation/la supervision adéquate à l'intérieur des services	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des formateurs par des équipes venues d'autres régions ou d'autres pays. - Transfert de certaines fonctions psychiatriques à des praticiens formés et disponibles. - Faire pression pour s'assurer que ceci est une priorité intégrante du projet de santé mentale.
	Rotation fréquente et burnout des équipes, moral bas des équipes	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des processus de guérison dans les soins. - Recueillir des cas de figure qui puissent illustrer ces processus. - Instaurer la confiance en impliquant les responsables d'équipe dans les activités de supervision et de décision des comités. - Encourager l'organisation de temps de sociabilité en dehors du travail afin de renforcer l'esprit d'équipe. - Souligner l'importance des programmes de formation continue. - Formation des responsables. - Offrir la possibilité de participer à des colloques professionnels ayant lieu à l'extérieur. - Apporter les compétences et un niveau de soutien suffisant.
	Qualité médiocre des soins/inquiétude sur les compétences de l'équipe ☒	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et supervision continue. - Créer et disséminer des indications pour les professionnels. - Cultiver les compétences cliniques des psychiatres, afin qu'ils puissent être préservés en dépit de la variété des nouveaux engagements. - Evaluation par une partie tierce. - Encourager les bonnes pratiques en attribuant des prix et autres distinctions.

Résistance professionnelle, par exemple, résistance à la sectorisation du soin et à la participation des usagers

- Implication du gouvernement et des cercles professionnels dans la promotion des soins de secteur et de l'engagement des usagers.
- Instaurer une rotation des tâches/une différenciation des fonctions afin que les psychiatres puissent élargir la mise à profit de leur savoir-faire dans leur champ d'expertise et qu'ils puissent travailler avec une gamme variée d'acteurs clés tels que les usagers et les soignants/ les familles.
- Insérer une formation sur les processus de guérison dans la rééducation psychosociale dans la formation générale des nouveaux psychiatres, notamment dans les écoles de médecine des pays à revenus faibles et modérés.
- Recueillir des cas de figure illustrant les processus de guérison ainsi que les initiatives réussies de soins de santé mentale de secteur.

Absence d'études appropriées qui puissent documenter l'efficacité des services en termes de coût, et manque de données sur l'évaluation des services de santé mentale

- Investir davantage dans la recherche, afin de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives sur le succès des services de secteurs déjà mis en place.

Incapacité à aborder le problème des inégalités (par exemple entre groupes ethniques, socio-économiques)

- Implication de tous les acteurs clés; soutien aux groupes sous-représentés pour mettre en place une politique et des projets de mise en application.

Usagers, familles, et autres partisans

Manque de soutien

- Possibilité d'impliquer les usagers et autres partisans dans tous les aspects du changement social, de l'organisation, dans le lobbying sur le gouvernement, la supervision du développement et du fonctionnement du nouveau système de soins, et enfin dans l'amélioration des services.

Manque de services d'entraide et de soutien

- Inviter les usagers à organiser ces services.

Manque de concertation dans les décisions

- Les usagers et autres partisans doivent exiger à tous les niveaux que le système valorise leurs objectifs et ceux de leurs familles, que la concertation dans la prise de décision soit établie en norme.
- Formation professionnelle continue sur les droits de l'homme et sur l'intérêt porté par les équipes aux préférences des usagers et de ceux qui les soutiennent.

Références

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. World Health Organization. *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization, 2001.
4. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva: World Health Organization, 2008.
5. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
6. Chwastiak LA, Tek C. The unchanging mortality gap for people with schizophrenia. *Lancet* 2009;374:590-2.
7. World Health Organization. *Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders.* Geneva: World Health Organization, 2008.
8. Thornicroft G, Tansella M. *What are the arguments for communitybased mental health care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.
9. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care.* Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
10. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care – Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
11. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;1:84-90.
12. Hanlon C, Medhin G, Alem A et al. Measuring common mental disorders in women in Ethiopia: reliability and construct validity of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:653-9.

13. Fekadu A, O'Donovan MC, Alem A et al. Validity of the concept of minor depression in a developing country setting. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:22-8.
14. Bartlett P, Lewis O, Thorold O. *Mental disability and the European Convention on Human Rights*. Leiden: Martinus Nijhoff, 2006.
15. Thornicroft G, Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychol Med* 1999;29:761-7.
16. Slade M. *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
17. United Nations. *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations, 2006. United Nations. *UN principles for the protection 18. of persons with mental illness and for the improvement of mental health care*. New York: United Nations, 1992.
19. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7: 87-92.
20. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *PLoS Med* 2009;6:e1000160.
21. Patel V, Simon G, Chowdhury N et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000159.
22. Benegal V, Chand PK, Obot IS. Packages of care for alcohol use disorders in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009; 6:e1000170.
23. de Jesus Mari J, Razzouk D, Thara R et al. Packages of care for schizophrenia in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000165.
24. Mbuba CK, Newton CR. Packages of care for epilepsy in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000162.
25. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
26. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.
27. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
28. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
29. Jacob KS, Sharan P, Mirza I et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.
30. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
31. World Health Organization. *Mental Health Atlas, revised edition*. Geneva: World Health Organization, 2005.
32. World Health Organization. *Mental health systems in selected low and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva: World Health Organization, 2009.
33. World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
34. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008; 7:54-7.
35. Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al (eds). *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2007:1-14.
36. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006; 188:81-2.
37. Rudan I, Chopra M, Kapiriri L et al. Setting priorities in global child health research investments: universal challenges and conceptual framework. *Croat Med J* 2008;49:307-17.
38. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
39. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: the World Psychiatric Association Survey on the Continuum of Care for Mental Disorders. Submitted for publication.
40. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria: the impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:552-8.
41. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
42. Wahl OF. *Media madness: public images of mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
43. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
44. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003;182:342-6.
45. Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination – evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:337-344.
46. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P et al. Active ingredients in antistigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:123-31.
47. Phelan JC, Yang LH, Cruz-Rojas R. Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatr Serv* 2006;57:382-7.
48. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet* 2009;373:1930-2.
49. Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'See Me' anti-stigma campaign. *Mental Health Today* 2005;22-5.
50. Vaughan G, Hansen C. 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry* 2004;12:113-7.
51. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
52. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.
53. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
54. Corrigan PW, Larson JE, Rüschi N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
55. Best M, Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care* 2004;13:472-3.
56. World Health Organization. *Human resources and training in mental health*. Geneva: World Health Organization, 2005.
57. Deva PM. Training of psychiatrists for developing countries. *Aust NZ J Psychiatry* 1981;15:343-7.
58. Deva P. Psychiatric rehabilitation and its present role in developing countries. *World Psychiatry* 2006;5:164-5.

Bien vieillir : aspects cognitifs et émotionnels

Dilip V. Jeste, Colin A. Depp, Ipsit V. Vahia

Institut Stein de recherche sur le vieillissement et département de psychiatrie de l'Université de Californie, San Diego, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093, USA

RÉSUMÉ

Nous passons en revue les définitions, les déterminants, et les techniques d'optimisation du vieillissement cognitif et émotionnel. Les définitions objectives du vieillissement optimum qui se basent sur la santé physique soulignent les *résultats* comme l'absence de trouble ou de handicap, tandis que les définitions subjectives insistent sur les *processus* tels que le bien-être, la sociabilité, et la capacité d'adaptation. La plupart des personnes d'âge avancé ne répondent pas aux critères objectifs du vieillissement optimum, alors que la majorité répond aux critères subjectifs. Les personnes d'âge avancé atteintes de maladies mentales sévères ne sont pas exclues du vieillissement optimum. Les déterminants du vieillissement optimum comprennent des interactions complexes entre mode de vie, environnements social, et dispositions génétiques. La dépression interfère avec la quasi-totalité des déterminants du vieillissement optimum. Les techniques sûres d'optimisation du vieillissement optimum incluent les restrictions caloriques, l'exercice physique, la stimulation cognitive, le soutien social, et l'optimisation du stress. Les directions futures pour la recherche sur le vieillissement optimal et ses implications pour la psychiatrie gériatrique sont discutées dans cet article.

Mots clés : vieillissement réussi, exercice physique, stimulation cognitive, soutien social

(World Psychiatry 2010;9:78-84)

Alors que l'intérêt principal de la psychiatrie porte sur les définitions, les mécanismes et les traitements de la maladie mentale, nous avons cru utile d'enquêter à propos des états de santé mentale positifs, comme le vieillissement cognitif et émotionnel optimal.

Dans les années à venir, le vieillissement est voué à prendre de l'importance en psychiatrie, la redistribution démographique sans précédent allant dans le sens de l'augmentation des adultes d'âge avancé. Par exemple, aux Etats unis il y a plus d'adultes qu'il n'y a d'enfants en dessous de 14 ans, ce qui est une première dans l'histoire (1). Une augmentation disproportionnée de troubles psychiatriques chez les adultes est à prévoir (2). Dans les décennies à venir, la prévention et le ralentissement de la progression de maladies du cerveau et des troubles psychiatriques constituent un défi majeur. L'élargissement de nos connaissances en matière de processus permettant un vieillissement optimum pourrait nous aider à développer des approches de prévention des troubles psychiatriques et à promouvoir ainsi la santé mentale.

Dans cet article, nous allons passer en revue les différentes définitions du vieillissement optimum, la présence d'indicateurs, de mécanismes qui les facilitent et des interventions qui peuvent avoir un impact positif sur le vieillissement chez des sujets présentant des troubles psychiatriques ou non.

Comment définir le vieillissement optimum ?

Même si le vieillissement optimum n'a pas été un sujet spécifique dans la littérature médicale jusqu'aux

années 60 (3), de grands efforts ont été déployés afin de comprendre comment promouvoir longévité et états de santé positifs dans la vieillesse. La vieillesse a été définie comme un processus irréversible (4) ou bien, comme un état nécessitant de possibilités d'adaptation à de nouveaux rôles (5). Psychiatres et psychologues contemporains ont considéré le vieillissement soit comme étant le résultat de tâches développementales premières (6), soit comme une période impliquant une maturité et des conflits continus qui doivent être négociés.

Les années 70 ont vu naître des modèles formalisés de vieillissement optimum. En 1987, dans un article très influent, Rowe et Kahn (9) ont constaté que la recherche à propos de la vieillesse s'était jusque là focalisée sur la question de la frontière entre le normal et le pathologique, avec peu d'efforts consacrés à la compréhension de la partie supérieure du continuum (par exemple le vieillissement optimum). Le vieillissement optimum se caractérisait alors par trois critères principaux: a) l'absence de maladie et de handicap, b) un excellent fonctionnement cognitif et physique c) un engagement dans la vie active, productif de préférence. Le Réseau Mac Arthur sur le vieillissement optimum a opérationnalisé ces trois critères et suivi sept années durant un échantillon de 1000 personnes répondant à ces trois critères. Un autre modèle de vieillissement optimum proposé à la même période est celui de Baltes (10), qui a décrit le vieillissement optimum en terme de trajectoires développementales

de durée de vie avec un accent mis sur l'adaptation comportementale et psychologique aux pertes.

Durant les deux décennies qui ont suivi, un nombre non négligeable d'études épidémiologiques ont examiné dans la population la fréquence et les indicateurs du vieillissement optimum en se basant sur les différentes définitions déjà opérationnalisées. Depp et Jeste (11) ont identifié 28 études publiées dans des revues anglophones, dont les échantillons étaient supérieurs à 100 personnes, et faisant participer des adultes de plus de 60 ans. Parmi les définitions opérationnalisées au travers de ces études, 14 critères de vieillissement optimum ont été utilisés. Un bon fonctionnement physique et l'absence de handicap constituaient des critères retenus dans quasiment toutes les définitions, mais aucune autre composante n'était présente dans environ 50% des études. En tout, en 28 études présentaient 29 définitions différentes du vieillissement optimum. De ce fait, en dehors du critère du bon fonctionnement physique, il existait peu de convergence entre les auteurs lorsqu'il s'agissait de déterminer les facteurs de vieillissement optimum.

Un sous-ensemble d'études plus réduit a utilisé des méthodes qualitatives (entretiens de groupe, enquêtes ou entretiens individuels) afin d'identifier les composantes du vieillissement optimum (12-14). Ces études ont apporté un contraste intéressant aux études quantitatives qui s'étaient davantage fondées sur les attributs physiques ou fonctionnels. Dans ces études qualitatives, les adultes d'âge mûr étaient plus à même de mettre l'accent sur l'adaptation à la maladie ou encore d'autres propriétés psychologiques comme l'optimisme, la motivation ou encore la capacité à tisser des relations en société, dans leur conceptualisation du vieillissement optimum. Parmi ces études qualitatives, les perspectives des adultes d'âge avancé contrastaient en fonction de la méthode utilisée et la culture d'origine des sujets. Alors que les enquêtes au sein de groupes mettaient l'accent sur les expériences partagées à propos du vieillissement (13), les entretiens individuels tendaient à se focaliser sur les trajectoires développementales. Les sujets d'origine japonaise mentionnaient l'importance de l'appartenance à une communauté alors que les américains mettaient l'accent sur l'indépendance (15). Si la définition du vieillissement optimum défie toute tentative de consensus, il en va de même pour la définition des états positifs en situation de trouble psychiatrique. Qu'il s'agisse de vieillissement optimum ou de trouble psychiatrique chronique, il existe un conflit entre les modèles de « rémission durable » et de « rétablissement » (16). L'expression « rémission durable » traduit l'absence de symptômes au niveau syndromique associés à des déficiences fonctionnelles durant une certaine période de temps (par ex. 2 ans) alors que les définitions de « rétablissement » prennent racine dans une capacité d'adaptation qui permettrait de retrouver une motivation (par ex. une trajectoire de rétablissement et de transformation

permettant à une personne ... de vivre une vie pleine de sens au sein d'une communauté de son choix pendant qu'elle s'efforce d'atteindre son plus haut potentiel » (17). Tout comme pour le vieillissement optimum défini de manière subjective, le rétablissement est moins un résultat qu'un processus. C'est une notion plus personnalisée. De ce fait, elle ne se réduit pas à une absence de symptômes ou de maladie.

La faiblesse du consensus sur les définitions de vieillissement optimum et de rétablissement suite à des troubles psychiatriques reflète les difficultés à définir ce à quoi correspondent les états positifs. En partie, cette difficulté provient d'un défaut d'impératifs cliniques et politiques qui permettraient d'atteindre le consensus requis pour définir les conditions de diagnostic. Quant à la difficulté de différencier les états positifs des autres états, celle-ci est liée au fait que certains sujets sont d'emblée exclus de la catégorie des « états optimum ». Néanmoins, certains points d'accord persistent. Les définitions des notions de vieillissement optimum, de rémission durable et de rétablissement sont multi dimensionnelles et intègrent différents domaines (fonctionnements physique, cognitif, émotionnel et social). Les définitions subjectives ont tendance à traduire des processus et à mettre l'accent sur l'atteinte ou le maintien d'objectifs, les attitudes positives vis-à-vis de soi ou de l'avenir, le bon fonctionnement social, la capacité à achever des projets et à maintenir un réseau social. Les définitions objectives, quant à elles, soulignent l'absence de maladie et de handicap. En termes de trajectoires, les définitions du vieillissement optimum tendent à accorder une importance toute particulière à l'atténuation des processus de « détérioration », alors que la rémission durable ou le rétablissement renvoie à de longues périodes de bien-être inter épisodique.

Prévalence du vieillissement optimum

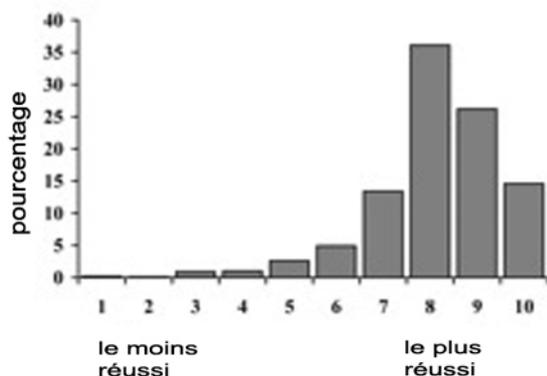
Etant donné le manque de consensus autour de la définition du vieillissement optimum, il n'y a rien de bien étrange à ce que les estimations de sa prévalence varient aussi fréquemment. Pourtant, il existe des tendances intéressantes dans les pourcentages rapportés, qui sont fonction des composantes des définitions et des sources d'évaluation. Dans une revue des 28 études décrites précédemment, le pourcentage de vieillissement optimum établi scientifiquement (11) va de 0.4% à 96%. Le pourcentage moyen des sujets qui présentaient des critères de vieillissement optimum était de 35%. Ces résultats sont semblables à ceux du Réseau MacArthur sur le vieillissement optimum, et dans lesquels un tiers des sujets d'âge avancé présentaient des critères opérationnalisés de vieillissement optimum définis par Rowe et Kahn (18). Si nous nous basons sur l'ensemble des études précédemment mentionnées, plus on inclut de composantes dans le modèle, plus le pourcentage de vieillissement optimum est bas. En examinant de plus près la

contribution des composantes individuelles du vieillissement optimum sur les pourcentages de vieillissement optimum, il apparaît que la présence d'un handicap ou de maladie chronique constitue le plus souvent un facteur de baisse du pourcentage, alors que la majorité des adultes d'âge avancé étaient engagés dans la vie active et présentaient un fonctionnement cognitif sans déficience.

Rares sont les études ayant demandé aux adultes d'âge avancé de s'auto-évaluer en terme de vieillissement optimum. Dans une étude de 205 résidents adultes d'âge avancé, Montross et al. (19) ont noté que la majorité des adultes d'âge avancé se voyaient comme présentant un vieillissement optimum, ceci malgré la présence de maladies et de handicaps. Dans une étude ayant pour objet d'élargir les résultats de l'étude précédente, nous avons administré un questionnaire d'enquête à un échantillon de 1979 femmes dont l'âge se situait au-delà de 60 ans, toutes inscrites dans l'antenne située à San Diego de l'«Initiative sur la santé de la femme» (20). Les membres de l'échantillon se sont auto

évalués sur une échelle allant de 1 (pas optimum), à 10 (absolument optimum). Comme le reflète la figure 1, la grande majorité des personnes d'âge avancé se sont auto-évalués à un niveau 7 ou supérieur, avec un pourcentage minoritaire de personnes s'évaluant comme vieillissant de façon « non optimale ». La majorité des personnes se sont auto-évalués comme vieillissant de façon optimale malgré l'absence de critères objectifs de vieillissement optimum (Table 1), ce qui corrobore les conclusions d'autres études (14, 21). Peu de données existent sur le vieillissement optimum chez les personnes atteintes de maladies mentales sévères. Dans la schizophrénie, un suivi à long terme mené par Bleuler (22), Harding (23), et Ciompi (24) indique que contrairement à certaines présomptions évoquant une détérioration progressive, la majorité des patients expérimentent une amélioration significative en vieillissant. Plus récemment, Bellack a estimé que 50% des patients souffrant de schizophrénie peuvent atteindre un rétablissement même à court terme au cours de leur vie (16).

Graphique 1 : Distribution de l'auto évaluation du vieillissement réussi chez des femmes en âge avancé



5

Tableau 1 : Pourcentage de l'échantillon répondant aux critères pour les différents aspects du vieillissement optimum

Domaine	Définition opérationnelle	Echantillon répondant aux critères
Absence de cancer	Absence de cancer, diabète, hypertension, crises cardiaques ou autre maladie du cœur, attaque d'apoplexie, ostéoporose, maladie de Parkinson, affection respiratoire	15%
Absence de handicap	SF-36 scores de « non-limitation » de capacité à a) soulever ou porter des courses, b) monter des étages ou des escaliers, c) à fléchir/s'agenouiller/se pencher, d) à marcher l'équivalent d'un pâté de maisons ou e) prendre un bain/s'habiller tout seul	38%
Fonctionnement cognitif normal	Score équivalent à 18 ou supérieur dans le Test d'évaluation et dépistage cognitif (Cognitive Assessment Screening Test) auto administré	71%
Engagement actif dans la vie	Visiter la famille et/ou les amis au moins une fois par semaine et avoir au moins deux ou trois bons amis	74%
Maîtrise/développement	Score « souvent vrai » ou « presque souvent vrai » dans l'item « j'ai le contrôle de ma vie »	81%

Adaptation positive	Score souvent vrai » ou « presque souvent vrai » dans les deux items suivants a) « je suis capable de m'adapter au changement » et b) « je suis capable de rebondir après une maladie ou une épreuve »	81%
Satisfaction dans la vie	Score de 73 au minimum dans le SF-36 de la sous-échelle de la santé émotionnelle/bien-être émotionnel	84%
Vieillessement optimum auto évalué	Score allant de 7 à 10 dans une échelle allant de 1 à 10 dans l'item qui questionne « comment vous vous auto évaluez en matière de vieillissement optimum ? »	90%
Indépendance du mode de vie	Vivre indépendamment dans sa propre maison ou dans une communauté de retraités. Ne pas vivre dans un centre de soin.	94%

SF36 – Short Form 36

- ⁱ « Tel que signalé par Phelan et Larson (64) dans la revue de littérature à propos du vieillissement optimum
ⁱⁱ Modelé d'après la définition opérationnelle du vieillissement optimum de Strawbridge et al (21) ; le pourcentage est rapporté par l'échantillon de Montross et al (19)
ⁱⁱⁱ Idem
^{iv} Idem
^v Items dérivés de la de l'échelle de résilience de Connor-Davidson (CD-RISC) (36)
^{vi} Modelé d'après la définition opérationnelle du vieillissement optimum de Strawbridge et al (21) ; le pourcentage est rapporté par l'échantillon de Montross et al (19)
^{vii} Vivre indépendamment utilisé par Roos et Havens (65).

Cette estimation se montre plus élevée lorsqu'il s'agit de rémission de longue durée (absence de symptômes pendant deux ans ou plus). Dans un échantillon de 251 adultes d'âge avancé atteints de schizophrénie, Auslander et al (25) ont trouvé un pourcentage de rémission de longue durée d'environ 10%. Dans une étude auprès de personnes âgées souffrant de schizophrénie, Cohen et al (26) ont comparé les résultats utilisant pour cela cinq critères positifs : le rétablissement, la rémission, l'intégration à la communauté, le vieillissement optimum subjectif, et le vieillissement optimum objectif. Dans cette étude, les auteurs ont comparé des patients schizophrènes avec un groupe de contrôle, composé de résidents du même âge sans trouble mental majeur. Dans le groupe de schizophrènes, 23% présentaient des critères permettant d'envisager une intégration dans leur communauté (le pourcentage étant de 41% pour le groupe de comparaison), et 13% de critères de vieillissement optimum subjectif (contre 27% pour le groupe de comparaison). Seulement 2% des schizophrènes présentaient l'ensemble des critères pour un vieillissement optimum objectif (contre 19% pour le groupe de comparaison).

Sur la base de ces indications, il semble probable qu'une petite proportion d'adultes d'âge avancé présente un vieillissement optimum selon les critères relatifs à la santé physique, alors qu'un pourcentage significatif d'entre eux pense vieillir de manière optimale, et témoigne des critères psychosociaux pour un vieillissement optimum. De la même manière, alors qu'une minorité de personnes d'âge avancé atteintes de schizophrénie expérimentent une rémission des symptômes de longue durée, peu d'entre elles présentent les critères objectifs de vieillissement optimal.

Quels sont les facteurs déterminants et les facteurs modificateurs du vieillissement optimum ?

Dans les travaux épidémiologiques, les indices du vieillissement optimum définis par les critères objectifs semblent correspondre aux indices de maladie chronique (11). Cela est consistant avec la fiabilité du fonctionnement physique dans les définitions objectives. Pareillement, dans les études épidémiologiques longitudinales, les meilleurs indices du vieillissement optimum incluent un âge plus jeune, l'absence de diabète ou d'arthrite, et l'absence de consommation de tabac. Cependant, lorsqu'il s'agit de prédire les critères dans l'auto évaluation du vieillissement optimum, des réponses différentes apparaissent. Par exemple, lors de l'examen de l'échantillon des 1979 femmes décrites dans le tableau ci-dessous (Table 2), nous avons identifié plusieurs indices d'auto évaluation de vieillissement optimum. La dépression est apparue comme ayant une puissante corrélation négative avec l'autoévaluation de vieillissement optimum. Les corrélations positives incluent l'optimisme, la résilience, les capacités cognitives, une qualité de vie concernant la santé physique et mentale. Par contre, l'âge chronologique n'a pas été associé aux autoévaluations de vieillissement optimum, alors que le revenu et le niveau d'éducation étaient faiblement reliés au vieillissement optimum.

Tableau 2 : Données de l'autoévaluation sur le vieillissement optimum chez des femmes d'un âge avancé (n=1,979)

Variable	Coefficient de corrélation de Pearson
Age chronologique	-0.044
Niveau d'éducation	0.081**

Revenu	0.060*
Attitude face au vieillissement (échelle gériatrique morale de Philadelphie, Philadelphia Geriatric Morale Scale)	0.302**
Participation aux activités physiques (Echelle participation aux loisirs de Godin, Godin Leisure Activity Scale)	0.156**
SF-36 composantes de la santé mentale	0.161**
SF-36 composantes de la santé physique	0.266**
Test d'évaluation et dépistage cognitif (Cognitive Assessment Screening Test)	0.098**
Questionnaire d'échec cognitif	-0.149**
Echelle de résilience de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale)	0.274**
Optimisme (Life Test Orientation)	0.229**
Symptômes dépressifs (CES-D)	-0.275**
Echelle de stress perçu	-0.225**

*p <0.01 ; **p <0.001

SF-36 – Short Form 36 ; CES-D – Échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques

Le champ de la recherche sur la contribution des facteurs génétiques au vieillissement optimum ne fait qu'émerger. Glatt et al (27) ont revu des études qui examinent l'influence des gènes, à partir de définitions multi-dimensionnelles du vieillissement optimum, dans des échantillons de personnes âgées. Dans les études de cas contrôle examinant les polymorphismes nucléotidiques simples (PNS), la variation allélique qui était significativement différente dans deux ou trois études entre les groupes « vieillissement optimum » et les groupes de comparaison incluait six gènes : APOE, GSTT1, IL6, IL10, PON1 et SIRT3. Même s'il n'y avait que 29 études avec un consensus limité en matière de phénotypes de vieillissement optimum, il est plausible que ces gènes aient une relation avec des processus biologiques et des facteurs de risque de maladie durant la vieillesse. Néanmoins, il y a clairement un degré important de variation dans les phénotypes de vieillissement qui provient d'influences non héritées. Des études identiques montrent que la durée de la vie est attribuée à l'héritabilité à raison de 20-30% et que la proportion de variation due à l'héritabilité en matière de fonctionnement dans un échantillon plus âgé était de 22% (28). Longévité et fonctionnement apparaissent comme étant moins fonction de l'hérédité que les capacités cognitives (30-50%) (29). L'objectif de modifier les processus biologiques fondamentaux qui gouvernent la cadence du vieillissement plutôt que de focaliser sur certaines maladies constitue un changement significatif (30). Même s'il n'y a aucune théorie unifiée du vieillissement et que les mécanismes du vieillissement ne sont toujours pas clairs, il existe un intérêt particulier pour le rôle de l'inflammation et du stress oxydatif. Chez les humains, l'exposition chronique au stress est associée à des altérations chromosomiques, au dommage des structures cérébrales, et à des décès prématurés (31). Les restrictions caloriques, qui peuvent avoir pour résultat de prolonger la vie des souris et des humains semblent réduire les niveaux de marqueurs inflammatoires (33). Une augmentation

des interactions sociales chez l'adulte d'âge avancé est aussi associée à une diminution de l'inflammation (33). Toutefois, la relation entre le stress et la biologie n'est pas monotone. Des degrés modérés de stress, comme ceux produits par l'exercice, l'activité cognitive ou la restriction calorique peuvent stimuler des facteurs tropiques pouvant participer à l'accroissement de la résistance au stress (un processus appelé hormesis) (34). Ainsi, ces interventions ciblant des domaines multiples peuvent-elles avoir partagé des pistes, réduisant l'inflammation, stimulant l'augmentation à la résistance au stress. Ces études mettent aussi en avant la nécessité de quantifier la résilience, en plus du stress. Il existe des mesures d'auto-évaluation pour la résilience qui mettent en évidence de bonnes propriétés psychométriques chez les adultes d'âge avancé (35, 36), mais il y a un besoin de développer des paradigmes objectifs et expérimentaux évaluant la résilience qui puissent être adaptés à des adultes d'âge avancé.

A la différence de concepts plus vieux, il semble aujourd'hui que la possibilité de modifier des processus régulant le vieillissement du cerveau ne se limite pas aux stades précoces de la vie, mais qu'elle pourrait s'effectuer à un âge avancé. Le cerveau des animaux d'âge avancé et placés dans des environnements plus stimulants met en évidence une synaptogenèse (37) et une neurogenèse dans des régions spécifiques du cerveau (gyrus dentelé de l'hippocampe). Des investigations en neuro-imagerie fonctionnelle ont montré que les adultes d'âge avancé présentant des hautes performances montrent une plus grande activation bilatérale dans les tâches cognitives, suggérant que le cerveau « optimum » peut impliquer une réorganisation et une compensation du processus de détérioration (38). Dans l'étude la plus importante de sa catégorie, les essais randomisés et contrôlés, menés par le programme d'Entraînement Cognitif Avancé pour les

Personnes Agées Indépendantes et Actives (*Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly* ou *ACTIVE*), ont montré que chez certains adultes d'âge avancé souffrant de démence, un bref entraînement cognitif décliné sous plusieurs modalités améliorerait la performance aux tests cognitifs (39). Des améliorations semblables des capacités cognitives ont été constatées avec de l'entraînement cognitif auprès de sujets schizophrènes, en association à de nombreux efforts pour développer des interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques (40).

Comme l'ont montré certaines approches innovantes, au-delà de l'individuel, les réseaux sociaux et l'engagement dans la vie active se sont révélés être des vecteurs d'états positifs de santé comme le bonheur (41), de même que des vecteurs d'états négatifs de santé, tels la solitude, l'obésité, la dépendance au tabac (42, 43). Chez les adultes d'âge avancé, la solitude est un indice de risque accru pour le développement de la maladie d'Alzheimer (44). L'environnement physique, lequel se recoupe avec le réseau social, influence lui aussi la possibilité d'accès à un comportement sain, à la socialisation et aux activités cognitives (45). Par conséquent, les facteurs d'influence sur le vieillissement optimum sont complexes et opèrent à de multiples niveaux, depuis les gènes jusqu'au voisinage.

Des traits psychologiques positifs ont des effets significatifs sur la mortalité, avec un nombre important d'études longitudinales indiquant que même après avoir contrôlé d'autres variables importantes, un élan vital fort (46), l'optimisme (47) et une attitude plus positive vis-à-vis du vieillissement (48) sont associés à des durées de vie supérieures. Afin de comprendre comment ces traits influencent le vieillissement, il paraît impératif de définir ces concepts de manière plus précise et de comprendre comment ils peuvent avoir une relation avec les fonctions cérébrales et le développement.

La sagesse est un trait complexe qui est souvent associé au vieillissement. Il est de mise que ce concept évocateur de la sagesse dans les sociétés occidentales modernes est très semblable à ce que l'on peut trouver dans des textes religieux et philosophiques comme la Bhagavad Gita – un texte philosophique et religieux indien écrit environ 2000 ans avant J.C. (comportant un riche enseignement à propos de la vie, de la régulation émotionnelle, de la prise de conscience, de l'action face à l'incertitude, avec une attention particulière accordée à la bonté et à la compassion) (49).

Dans un travail encore non publié, nous avons étudié des associations entre les domaines de la compassion dans la communauté de 1973 résidentes féminines précédemment décrites. Nous avons établi des critères de mesure pour les domaines de la prise de décision du social/pragmatique, de l'homéostasie émotionnelle, de la gestion de l'incertitude, de l'image de soi/compréhension de soi et de la spiritualité, en utilisant des items tirés d'échelles multiples mesurant la cognition, l'émotion et les traits

de personnalité positifs. Utilisant la théorie de la réponse par item (*item response theory*), nous avons trouvé que les mesures pour chaque domaine avaient une consistance interne acceptable et fiable, et que les domaines de la prise de décision sociale, de l'homéostasie sociale et de la gestion de l'incertitude étaient fortement associés les uns aux autres. L'image et la compréhension de soi étaient aussi associées de manière significative aux trois domaines précédents, mais à un degré inférieur. Pourtant, la spiritualité telle que nous la mesurons dans notre étude n'était pas associée de manière significative aux trois autres domaines de la sagesse.

La sagesse organise les grandes lignes neurologiques (50). Régulation émotionnelle, prise de décision, relativité des valeurs peuvent impliquer une régulation totale des régions limbiques et striales du cerveau. Le cortex préfrontal latéral facilite la prise de décision calculée et rationnelle, alors que le cortex médial préfrontal est impliqué dans l'atomicité émotionnelle et les attitudes et comportements pro-sociaux. Les circuits de récompense du cerveau (striatum ventral, noyau accumbens) sont aussi importants afin de promouvoir des attitudes et comportements pro-sociaux. Les caractéristiques de la sagesse semblent être réduites par certaines lésions cérébrales. Par exemple, la démence fronto-temporale se caractérise par une impulsivité, une diminution de l'empathie et une réactivité émotionnelle. Les mêmes structures cérébrales (le cortex préfrontal) sont impliqués autant dans la sagesse que dans les déficits du lobe frontal, revenant aux changements de caractère mis en avant par le cas historique de Phineas Gage (51), et comme le montrent des mentions plus récentes indiquant des déficiences cognitives aux dégâts du lobe préfrontal ventromédian (51). Il en résulte qu'il est possible d'étudier la sagesse comme un trait neurobiologique déterminé.

Quelles sont les implications des déterminants du vieillissement optimum pour les troubles psychiatriques du vieillissement ?

La dépression influence de manière négative la quasi-totalité des déterminants du vieillissement optimum cités un peu plus haut, ce qui semble consistant avec l'importante corrélation négative entre le vieillissement optimum et la dépression. La dépression est associée à une activité physique faible et à une nutrition de plus mauvaise qualité, à un plus grand isolement social, à un engagement dans la vie active non productif, à un regard négatif sur soi et sur l'avenir. Même les symptômes sub-syndromiques de la dépression sont liés aux nombreux effets négatifs sur les phénotypes du vieillissement (20). L'inflammation et les processus biologiques relatifs au stress sont impliqués dans une voie menant vers des symptômes de dépression et de déficience cognitive chez le sujet d'âge avancé (52). Ces relations peuvent s'avérer bidirectionnelles, par exemple un engagement réduit dans la vie active mène à une forte dépression, et vice-versa (53). Il paraît aussi évident que, même si

certaines tendances à l'adoption d'un comportement sain s'améliorent (par ex. réduction de la consommation de cigarette), d'autres tendances telles que les régimes équilibrés, l'activité physique, ou encore l'intégration sociale, semblent en déclin, et ce malgré la preuve des bénéfices qu'elles peuvent apporter (54).

En même temps, il apparaît que les interventions visant à améliorer les comportements en matière de style de vie ou d'engagement dans la vie active peuvent agir contre la dépression chez les personnes d'âge avancé, même si ça n'est pas leur objectif. En effet, des essais randomisés et contrôlés ont souligné le rôle de l'exercice physique dans le traitement de la dépression chez le sujet âgé (55) et il y a des indices qui montrent que l'entraînement cognitif ciblant la rapidité de traitement de l'information (56) de même que les habitudes alimentaires (57) peut réduire ou prévenir les symptômes de dépression. Comme l'imagerie cérébrale en témoigne, les interventions à multiples composantes ayant pour objet d'assainir les modes de vie semblent induire des changements dans les fonctions cérébrales (58). Cela suggère que la panoplie des traitements psychiatriques gériatriques peut nécessiter un élargissement afin d'inclure des interventions sur le mode de vie.

Où aller à partir d'ici ? Directions futures pour un vieillissement optimum

Même s'il existe un grand intérêt du public sur la définition et la promotion du vieillissement optimum, sa définition reste controversée. Comment pouvons-nous aboutir à un plus grand consensus dans la définition du vieillissement optimum ? Tout comme pour la définition du rétablissement par rapport à la rémission de longue durée pour les troubles psychiatriques (16), il existe un fossé entre le chercheur et les définitions profanes. Le premier décrit l'absence de maladie et de handicap, le deuxième se focalise sur l'adaptation, la pertinence et la communication. Il devrait exister un moyen d'intégrer ces perspectives, en associant les éléments objectifs aux éléments subjectifs dans les définitions. De surcroît, certains concepts inclus dans les définitions subjectives, comme la résilience et la sagesse, ne sont pas opérationnalisés de façon adéquate. Le développement d'instruments permettant de mesurer plus précisément ces concepts permettrait d'intégrer ces derniers dans les études épidémiologiques. Des initiatives de type « boîte à outils » qui permettraient d'homogénéiser la mesure des concepts et qui utiliseraient des évaluations pluri dimensionnelles permettraient aussi de faire avancer la consistance des études (59). De nombreuses études ont rapporté les effets de l'âge dans des études intersectionnelles, alors que l'intérêt réel consiste à comprendre les processus causaux et dynamiques du vieillissement. Des avancées méthodologiques qui permettent une collecte plus efficace de données

longitudinales, comme les dessins longitudinaux accélérés (60) pourraient aider à détecter des processus plutôt que des résultats. Des études de ce type pourraient relier des phénotypes larges (engagement dans la vie active) avec des phénotypes intermédiaires qui peuvent être mesurés plus objectivement (exubérance) et avec des biomarqueurs (ocytocine). L'opérationnalisation de la fragilité constitue un exemple utile de définition d'un phénotype complexe basé sur ses processus biologiques de base (61) et qui pourrait apporter un modèle en ce sens. Nous avons fait plus d'un pas dans cette direction, en déconstruisant la sagesse en un ensemble de constituants neurobiologiques putatifs (50).

Heureusement, et malgré la difficulté à définir le vieillissement optimum il existe une remarquable convergence entre certains critères et leurs influences environnementales. En particulier, il existe de nombreuses associations possibles entre stress et inflammation, sédentarité et obésité, et risque de réduction des capacités cognitives, dépression, et maladies cardiovasculaires. Les interventions de type restriction calorique peuvent se révéler efficaces au début de cette trajectoire de mise en association. Alternativement, des interventions conjuguant des cibles multiples comme l'activité physique et la stimulation cognitive peuvent avoir un effet synergique sur les processus biologiques de base. Les nouvelles technologies, comme les *exergames*, qui utilisent des jeux vidéo pour conjuguer une activité physique à une activité plaisante accompagnée d'une stimulation cognitive, peuvent réduire la dépression sub-syndromique du sujet âgé (62). Des interventions à des multiples niveaux, comme par exemple celles qui ciblent à la fois l'individu et l'environnement physique, constituent aussi des pistes prometteuses de changement comportemental (63).

Étant donné l'influence de la dépression sur le vieillissement optimum, et l'intérêt croissant de la santé publique pour ce qui concerne la santé du cerveau, les traitements psychiatriques pourraient influencer la probabilité d'un vieillissement optimum pour de nombreuses personnes. La psychiatrie, y compris sa branche gériatrique, devrait élargir sa portée afin d'inclure l'amélioration des styles de vie, le fonctionnement social et d'autres aspects du rétablissement. Étant donné que le pic de l'âge comportant le plus de fonctions physiologiques se situe à la fin de l'adolescence (30), la modification des trajectoires relatives à l'âge devrait commencer tôt. Inversement, puisque nous avons conscience de la plasticité du cerveau, il n'est jamais trop tard pour lutter pour un vieillissement optimum, que ce soit chez les personnes atteintes de maladies mentales ou non.

Références

- Administration on Aging. The road to an aging 1. policy for the 21st century. Washington: White House Conference on Aging, 1996.
- Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next two decades. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:848-53.
- Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist* 1961;1:8-13.
- Chandler AR. Aristotle on mental aging. *J Gerontol* 1948;3:220-4.
- Cicero MT. On old age. Kila: Kessinger, 2004.
- Freud S. On psychotherapy. In: Standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Vol. 7. London: Hogarth Press, 1905/ 1953.
- Jung CG. Modern man in search of a soul. New York: Harcourt, Brace & World, 1933.
- Erikson E. Eight ages of man. *Int J Psychoanal* 1966;2:281-300.
- Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9.
- Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol* 1997;52:366-80.
- Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:6-20.
- Knight T, Ricciardelli LA. Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *Int J Aging Hum Dev* 2003;56:223- 45.
- Reichstadt J, Depp CA, Palinkas LA et al. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:194-201.
- von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E et al. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001;161:2694-700.
- Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ et al. Older adults' views of «successful aging» - How do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc* 2004;52:211-6.
- Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National consensus statement on mental health recovery. www.mentalhealth.samhsa.gov.
- Berkman LF, Seeman TE, Albert M et al. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1129-40.
- Montross LP, Depp C, Daly J et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:43-51.
- Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK et al. Subsyndromal depression and successful aging in older women. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:212-20.
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* 2002;42:727-33.
- Bleuler M. Die spatschizophrenen krankheitsbilder. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 1943;15:259-90.
- Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. In: Carl I, Cohen M (eds). Schizophrenia into later live. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2003:19-42.
- Ciampi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980;6:606-18.
- Auslander LA, Lindamer LL, Delapena J et al. A comparison of community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:380-6.
- Cohen CI, Pathak R, Ramirez PM et al. Outcome among community dwelling older adults with schizophrenia: results using five conceptual models. *Commun Ment Health J* 2009;45:151-6.
- Glatt SJ, Chayavichitsilp P, Depp C et al. Successful aging: from phenotype to genotype. *Biol Psychiatry* 2007;62:282-93.
- Gurland BJ, Page WF, Plassman BL. A twin study of the genetic contribution to age-related functional impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:859-63.
- Read S, Pedersen NL, Gatz M et al. Sex differences after all those years? Heritability of cognitive abilities in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:137-43.
- Cutler RG, Mattson MP. The adversities of aging. *Ageing Res Rev* 2006;5:221-38.
- Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
- Martin B, Mattson MP, Maudsley S. Caloric restriction and intermittent fasting: two potential diets for successful brain aging. *Ageing Res Rev* 2006;5:332-53.
- Loucks EB, Berkman LF, Gruenewald TL et al. Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men. *Psychosom Med* 2005;67:353-8.
- Mattson MP, Magnus T. Ageing and neuronal vulnerability. *Nat Rev Neurosci* 2006;7:278-94.
- Lamond AJ, Depp CA, Allison M et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008;43:148-54.
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76-82.
- Milgram NW, Head E, Zicker SC et al. Long-term treatment with antioxidants and a program of behavioral enrichment reduces agedependent impairment in discrimination and reversal learning in beagle dogs. *Exp Gerontol* 2004;39:753-65.
- Cabeza R, Anderson ND, Locantore JK et al. Aging gracefully: compensatory brain activity in high-performing older adults. *Neuroimage* 2002;17:1394-402.
- Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006;296:2805-14.
- McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791- 802.
- Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ* 2008;337:a2338.
- Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
- Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.
- Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE et al. Loneliness and risk of 84 World Psychiatry 9:2 - June 2010 Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:234-40.

- Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P et al. Inequality 45. in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 2006;117:417-24.
46. Krause N. Meaning in life and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64:517-27.
47. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG et al. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61: 1126-35.
48. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging selfstereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58:203-11.
49. Jeste DV, Vahia I. Comparison of the conceptualization of
54. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005;352:1138-45.
55. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349-56.
56. Wolinsky FD, Vander Weg MW, Martin R et al. The effect of speed of- processing training on depressive symptoms in ACTIVE. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:468-72.
57. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 1090-8.
58. Small GW, Silverman DH, Siddarth P et al. Effects of a 14-day healthy longevity lifestyle program on cognition and brain function. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:538-45.
59. Zerhouni EA. US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences. *JAMA* 2005;294:1352-8.
60. Tucker-Drob EM, Johnson KE, Jones RN. The cognitive reserve hypothesis: a longitudinal examination of age-wisdom in ancient Indian literature with modern views: focus on the Bhagavad Gita. *Psychiatry* 2008;71:3.
50. Meeks TW, Jeste DV. Neurobiology of wisdom?: an overview. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:355-65.
51. Cato MA, Delis DC, Abildskov TJ et al. Assessing the elusive cognitive deficits associated with ventromedial prefrontal damage: a case of a modern-day Phineas Gage. *J Int Neuropsychol Soc* 2004;10:453-65.
52. O'Hara R. Stress, aging, and mental health. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:295-8.
53. Taylor MG, Lynch SM. Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004;59:S238-S46.
- associated declines in reasoning and processing speed. *Dev Psychol* 2009;45:431-46.
61. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
62. Rosenberg D, Depp CI, Vahia IV et al. Exergames for subsyndromal depression in older adults: a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:221-6.
63. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W et al. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006; 27:297-322.
64. Phelan EA, Larson EB. "Successful aging" – where next? *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1306-8.
65. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Publ Health* 1991;81:63-8.
66. Andresen EM, Bowley N, Rothenberg BM. Test-retest performance of a mailed version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey among older adults. *Med Care* 1996;34:1165-70.

FORUM - LES UTILISATIONS PROBLÉMATIQUES DE L'INTERNET – RECHERCHES ET DISCUSSIONS

Utilisations problématiques de l'Internet et cheminement diagnostique

Elias Aboujaoude

Impulse Control Disorders Clinic, Stanford University School of Medicine, 401, Quarry Rd. Stanford, CA 94305, USA

Tout le monde s'accorde sur le principe qu'Internet peut agir positivement sur le bien-être. Par contre, il est beaucoup plus difficile de parvenir à un consensus sur les usages problématiques d'Internet. Ceci est peut-être dû en partie au fait que la recherche scientifique est restée à la traîne des progrès technologiques et de l'attention des médias. Les modèles diagnostiques qui ont été proposés depuis 1996, et les outils de dépistage qui ont été développés, mettent l'accent sur les similitudes avec la toxicomanie, les troubles du contrôle pulsionnel, et le trouble obsessionnel compulsif. Les chiffres de prévalence varient en fonction de la définition des diagnostics utilisés, du groupe d'âge étudié, et du fait que les enquêtes aient été menées en ligne ou non. Des études suggèrent des taux de comorbidité élevés avec des troubles de l'humeur ou un déficit de l'attention / hyperactivité lorsqu'il s'agit de personnes plus jeunes. Le traitement doit répondre à toute comorbidité présente pouvant causer ou exacerber l'utilisation problématique d'Internet. Parmi les interventions pouvant cibler spécifiquement l'utilisation problématique d'Internet figurent la thérapie cognitivo-comportementale et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, mais pour des directives détaillées, il faut attendre d'autres études. Les effets d'Internet sur notre psychologie restent peu étudiés pour un moyen d'information ayant si radicalement changé la façon dont nous menons nos vies. Plus de recherches sont nécessaires au niveau de la physiopathologie, de l'épidémiologie, de l'évolution naturelle, et du traitement de l'utilisation problématique d'Internet. En outre, des changements plus subtils d'ordre psychologique, tels qu'une certaine désinhibition, et qui semblent caractériser le comportement des gens en ligne méritent aussi que l'on y porte attention, même si ces changements ne sauraient être considérés comme nécessairement pathologiques.

Mots clés: Internet, l'usage problématique, troubles du contrôle des impulsions, comorbidité, thérapie cognitivo-comportementale (*World Psychiatry* 2010; 9:85-90)

COMMENTAIRES DES DISCUTANTS

Une décennie d'addiction à Internet : une rétrospective personnelle

K. Young

Les utilisations problématiques de l'Internet : Trouble distinct, manifestation d'une psychopathologie sous-jacente, ou comportement inquiétant?

V. Starcevic

Utilisations problématiques de l'Internet et cheminement diagnostique

N. El-Guebaly, T. Mudry

Le contexte des utilisations problématiques

J. Korkeila

Internet: toute bonne chose a son revers

J. Greist

Les utilisations problématiques de l'Internet: est-ce plus une nécessité qu'une gratification ou est-ce dicté par l'humeur ?

S. Pallanti

L'addiction à Internet : recherches actuelles en Asie

C. F. Yen, J.Y. Yen, C.H. Ko

RAPPORT DE RECHERCHE

Étude de l'absence apparente de psychose au sein de la communauté pastorale des Borana dans la région sud de l'Éthiopie. Évaluation des recherches à partir de plusieurs méthodes.

Teshome Shibre₁, Salomon Teferra₁, Craig Morgan₂, Atalay Alem₁

1Département de psychiatrie, Faculté de Médecine, Université d'Addis Abeba, PO Box 9086, Addis-Abeba, Éthiopie,

2King College de Londres, Institut de Psychiatrie, section de psychiatrie sociale, des services de santé et de la Population Research Department, Londres, UK

Il existe très peu de rapports relatifs à la prévalence des troubles psychotiques dans les populations isolées. Lorsqu'ils sont présents, les variations dans les estimations de la prévalence interrogent la validité des méthodes de détermination des cas dans de tels contextes. Une enquête préalable réalisée au sein de la population appartenant à la communauté pastorale Borana en Éthiopie et utilisant le *Composite International Diagnostic Interview* n'a identifié aucun cas de schizophrénie. Afin mieux explorer cette piste et d'enquêter sur le sérieux de la conceptualisation des troubles mentaux, nous avons mené des groupes de discussion avec les principaux membres de la communauté pastorale Borana. Par la suite, les participants aux groupes de discussion ont été utilisés comme informateurs-clés afin d'identifier les cas de potentiel trouble psychotique en fonction de leur conceptualisation. Les cas identifiés par les informateurs clés ont été interrogés par un psychiatre formé à l'aide des annexes à l'évaluation clinique en neuropsychiatrie (SCAN), pour confirmer la présence de trouble. Les discussions de groupe ont été soumises à une analyse thématique. L'incongruité entre les concepts locaux et psychiatriques découle principalement du fait que les informateurs clés ont décrit les caractéristiques du Marata («folie») en termes de symptômes comportementaux manifestes. Après les discussions de groupe, les participants ont identifié huit personnes atteintes de schizophrénie et treize avec un trouble de l'humeur psychotique, confirmés par entretien SCAN. Les études sur les troubles psychotiques dans de telles communautés sont susceptibles de bénéficier de la combinaison des entretiens structurés avec la méthode employée par les informateurs clés.

Mots clés: troubles psychotiques, communauté des Borana, la méthode des informateurs clés

(World Psychiatry 2010; 9:98-102)

RAPPORT DE RECHERCHE

Le rôle des tempéraments anxieux et hypomanes dans la pathologie mentale : une enquête épidémiologique nationale

Elie Karam G. 1,2,3, Mariana M. Salamoun 3, Joumana S. Yeretzian 3, Zeina N. Mneimneh 3,4, Aimée N. Karam 1,2,3, John Fayy ad1, 2,3, Elie Hantouche5, Karee n Akisk al6, Hagop S. Akisk al6

1 Département de psychologie clinique et psychiatrie, St. George Hospital University Medical Center, PO Box 166227, Achrafieh, Beyrouth 1100 2110, le Liban

2 Département de psychiatrie et de psychologie clinique, Faculté de Médecine, Université de Balamand, Beyrouth, Liban

3 Institut pour la promotion de la recherche, du développement et des soins appliqués (IDRAAC), Beyrouth, Liban

4 Program pour les techniques d'enquête, Institut pour la recherche sociale, Université du Michigan, Ann Arbor, MI, USA

5 Centre des troubles anxieux et de l'humeur, CTAH, Paris, France

6 Centre International des troubles de l'humeur, Université de Californie, San Diego, La Jolla, CA, USA

Il a été cliniquement démontré que le tempérament peut être lié aux troubles mentaux. Dans une enquête épidémiologique nationale, nous avons cherché à déterminer le rôle potentiel du tempérament dans le développement de troubles mentaux. Dans le cadre de l'étude LIBAN, la version arabo-libanaise de l'Autoquestionnaire d'Evaluation du Tempérament à Memphis, Pise, Paris et San Diego (*TEMPS-A*), ainsi que la version arabe du CIDI 3.0 ont été administrés à un échantillon national représentatif d'adultes (n = 1320). L'association entre les tempéraments et les catégories diagnostiques du DSM-IV des troubles de l'humeur, de l'anxiété et du contrôle des pulsions a été évaluée. Le tempérament anxieux s'est avéré un indicateur de taille dans la plupart des troubles, en particulier dans l'anxiété et la dépression. Le tempérament hypomane est le seul à avoir un effet protecteur dans la plupart des troubles mentaux, à l'exception de l'anxiété de séparation, du trouble bipolaire, de la toxicomanie et des troubles du contrôle des pulsions. Ces effets étaient modérés selon l'âge et le niveau éducatif. Le tempérament, autrefois largement négligé dans les études épidémiologiques, pourrait ainsi jouer un rôle majeur dans l'origine des troubles mentaux.

Mots clés : tempérament, Liban, humeur, anxiété, contrôle des pulsions

(World Psychiatry 2010; 9:103-110)

RAPPORT DE RECHERCHE

L'efficacité des traitements psychiatriques pour enfants et adolescents dans la réalité de la consultation

Mareile Bachmann1, Christian J. Bachmann1,2, Katja John1, Monika Heinzl-Guttenbrunner1, Helmut Remschmidt1, Fritz Matthejat1

1 Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital universitaire Gießen and Marburg, Campus Marburg, Hans-Sachs-Strasse 4-6, 35039 Marburg, Allemagne

2 Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de médecine Charité de Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Allemagne

Les données liées à l'efficacité des traitements habituels dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents sont rares. L'objectif de cet état des lieux prospectif était d'examiner l'efficacité des traitements dans un environnement classique de consultation. Trois cent six patients (troubles déficitaires de l'attention / de l'hyperactivité, TDAH, n=94, trouble des conduites, TC, n=57 ; troubles de l'anxiété, TA, n=53 ; troubles dépressifs, TD, n=38 ; autres catégories diagnostiques, n=64) dans neuf cabinets psychiatriques pour enfants et adolescents en Allemagne ont été évalués. Les effets du traitement ont été comparés entre patients ayant reçu des traitements réguliers et des patients ayant seulement participé à des évaluations diagnostiques et à des interventions ponctuelles. La randomisation n'étant pas réalisable, l'analyse des scores de propension a été utilisée comme méthodologie. En ce qui concerne l'échantillon total, aucun effet de traitement particulier n'a été décelé. Cependant, une analyse de sous-groupe parmi les troubles les plus souvent identifiés (TDAH, TC, TA, TD) ont montré des effets aux traitements faibles

à modérés chez les patients souffrant de TDAH et de TA. Dans les sous-groupes des TC et des TD, aucun effet significatif n'a été trouvé. Le traitement en situation de consultation « classique » semble produire des effets semblables pour les TDAH et les TA, mais pas pour les TC et les TD. Comparé aux études sur l'efficacité, nos résultats montrent qu'un traitement mené dans un contexte habituel est plus performant que ce qui était attendu.

Mots-clés: Adolescents, enfants, thérapie, efficacité, déficit de l'attention/hyperactivité, trouble anxieux, trouble dépressif, trouble du comportement
(*World Psychiatry 2010;9:111-117*)

CONTRIBUTIONS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaire au Kenya

R. Jenkins¹, David Kilma², Frank Njenga³, Marx Okonji³, James Kingora⁴, Damas Kathuku⁵, Sarah Lock⁶

1WHO Collaborating Centre, Institute of Psychiatry, Kings College, London, UK; 2Ministry of Medical Services, Kenya; 3Kenya Psychiatric Association; 4Kenya Medical Training College; 5University of Nairobi, Kenya; 6Nuffield Foundation, London, UK

L'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaire est essentielle au Kenya, où il n'existe que 75 psychiatres pour 38 millions d'habitants. Parmi ces psychiatres, 21 exercent à l'université, et 28 autres en cabinet privé. Un partenariat entre le ministère de la santé, l'Association de Psychiatrie du Kenya, le Centre Collaborateur de l'OMS, et l'Institut de Psychiatrie de Kings College à Londres a été financé par la Fondation Nuffield afin de former 3000 des 5000 professionnels de soins de santé primaire du système de santé public kenyan, sur la base d'un système soigné viable. Le contenu de la formation s'inspire de près des tâches génériques des professionnels de la santé. Sa présentation a eu lieu dans le cadre même du programme de formation national, avec des cours de renforcement pour les équipes au niveau des « districts » et des « provinces », ceci afin d'encourager l'inclusion de la santé mentale dans les projets d'actions annuels à ces différents niveaux, mais aussi afin de promouvoir la coordination et la supervision des services de santé mentale dans les soins de santé primaire par les infirmières psychiatriques et les infirmières de santé publique de « district ». Le projet a permis la formation de 41 formateurs, qui jusqu'à maintenant ont formé 1671 professionnels des soins primaires, produisant ainsi une moyenne de changement dans les scores d'apprentissage de 42% à 77%. Les observations qualitatives de la mise en pratique clinique ont montré des améliorations dans le bilan, le diagnostic, la gestion, la comptabilité, l'approvisionnement médical, les liaisons inter-secteurs, et l'éducation publique. Approximativement 200 superviseurs (psychiatres, infirmières psychiatriques et infirmières en santé publique) ont aussi été formés. Cette expérience de projet pourra être utile à d'autres pays qui désirent pouvoir répliquer les programmes de formation et de supervision.

(*World Psychiatry 2010;9:118-120*)

PARTENARIAT WPA-WHO

Inciter les psychiatres à travailler dans les services d'urgences : un atelier WPA-WHO

M. Van Ommeren et al., Lynne Jones, Jessica Mears

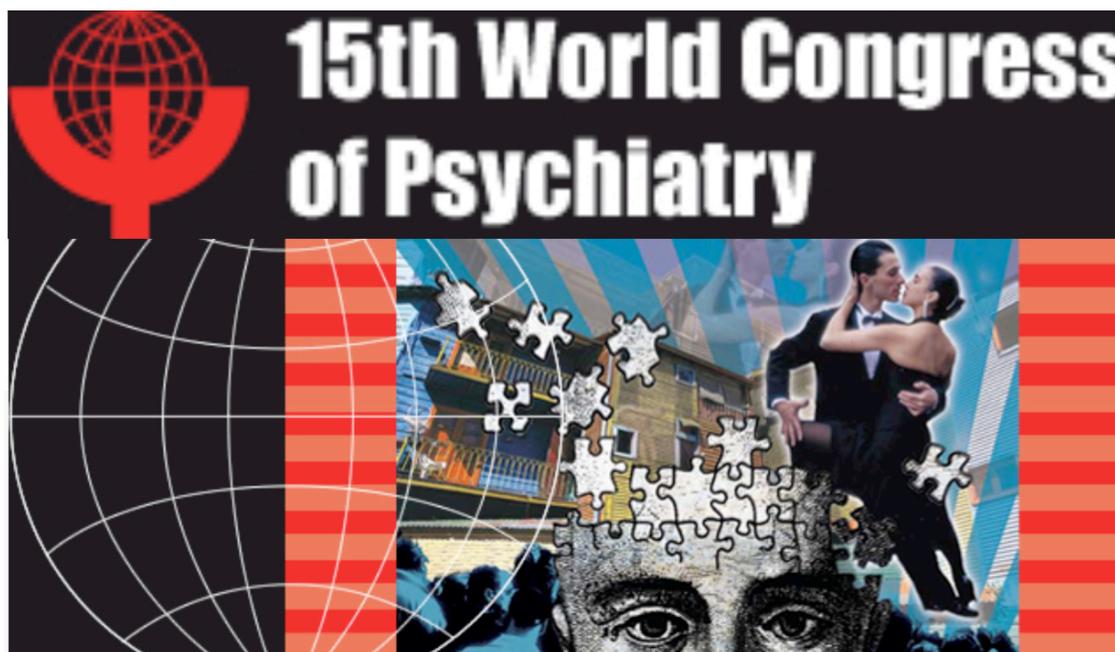
LETTRES AU RÉDACTEUR EN CHEF

Faut-il inclure le “risque de trouble psychotique” comme catégorie diagnostique dans le DSM-V?

Incongruence entre la durée des psychoses non-traitées et les résultats d'une recherche réalisée sur une cohorte de sujets en Inde

LES NOUVELLES DE LA WPA

Le 15e congrès mondial de psychiatrie (Buenos Aires, 18-22 septembre, 2011)



Le projet wpa sur les partenariats pour l'amélioration des bonnes pratiques dans le travail avec les usagers et les soignants

H. Herrman

Secrétaire Générale pour les publications de l'Association Mondiale de Psychiatrie