



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC58/5
Août 2011

Cinquante-huitième session

Original : arabe

Point 4 c) de l'ordre du jour

Document technique

Stratégie sur la santé mentale et les toxicomanies dans la Région de la Méditerranée orientale 2012–2016

La santé mentale et ses affections constituent un problème de santé publique inextricablement lié à la qualité de vie, à la productivité et au capital social. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances touchent tous les groupes sociaux et tous les âges. Ils représentent 14 % de la charge de morbidité dans le monde et 12 % de celle de la Région. La résolution WHA55.10 a appelé les États Membres à apporter un appui au programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale. Le programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) plaide pour un renforcement de l'engagement politique et pour la mise en place d'une infrastructure politique et législative. En 2010, le Comité régional a demandé l'élaboration d'une stratégie globale en matière de santé mentale afin d'orienter l'action des États Membres, promouvoir la santé mentale et fournir des efforts intégrés pour la prévention et le traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, ainsi que pour la réadaptation des personnes qui en souffrent. La stratégie régionale et les initiatives proposées fournissent une base pour la mise au point de stratégies et de plans d'action au niveau national.

Un projet de résolution est joint aux fins d'examen par le Comité régional.

Table des matières

Résumé d'orientation	1
1. Introduction	1
2. Situation mondiale et régionale	2
2.1 Analyse de la situation	2
2.2 Mesures proposées dans le cadre des systèmes de santé mentale dans la Région	5
3. Défis et perspectives	7
4. Stratégie régionale sur la santé mentale et les toxicomanies 2012–2016	8
4.1 Vision et fondements	8
4.2 Composantes de la stratégie	8
5. Conclusions	14
6. Recommandations aux États Membres	14
7. Références	15

Résumé d'orientation

La santé mentale et ses affections constituent un problème de santé publique inextricablement lié à la qualité de vie, à la productivité et au capital social. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances sont universels et touchent tous les groupes sociaux et tous les âges. Ils représentent 14 % de la charge de morbidité dans le monde et 12 % de celle de la Région. La résolution WHA55.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé les États Membres à apporter un appui au programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale. Elle s'est traduite par le lancement en 2008 du programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP), qui plaide pour un renforcement de l'engagement politique et pour la mise en place d'une infrastructure politique et législative. Les discussions du Comité régional ayant conduit à l'adoption de la résolution EM/RC57/R.3 en 2010 comportaient une demande claire : l'élaboration d'une stratégie globale en matière de santé mentale afin d'orienter l'action des États Membres, de promouvoir la santé mentale et de déployer des efforts intégrés pour la prévention et le traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, ainsi que pour la réadaptation des personnes qui en souffrent.

Ce document passe en revue les données épidémiologiques mettant en évidence la charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, puis analyse les mesures proposées par les systèmes de santé mentale dans les États Membres. À la lumière de l'évaluation de la charge de morbidité et de la réponse des systèmes, les défis et les opportunités peuvent être identifiés. Les composantes de la stratégie régionale peuvent alors être élaborées pour relever ces défis et optimiser ces opportunités. Les composantes de la stratégie régionale et les initiatives proposées fournissent une base pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action au niveau national. Les composantes stratégiques comprennent le renforcement des capacités de direction et de la gouvernance des systèmes de santé mentale ; une plus large intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ; la consolidation des services spécialisés en santé mentale ; l'octroi d'un degré de priorité élevé aux services pour personnes vulnérables, à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, et l'intensification de la recherche locale afin de générer des données fondées sur des preuves et l'encouragement de sa traduction en action.

1. Introduction

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances sont universels et touchent tous les groupes sociaux et tous les âges. Ils sont responsables de la perte de 14 % d'années de vie ajustées sur l'incapacité dans le monde et de 12 % dans la Région (1). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, plus de 450 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, 154 millions de dépression et 25 millions de schizophrénie ; 91 millions de personnes sont atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool et 15 millions de troubles dus à la consommation de drogues. Environ 50 millions de personnes souffrent d'épilepsie et 24 millions de la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démences. Dans une famille sur quatre, un membre est touché par un trouble mental à un moment donné (2).

En outre, la santé mentale est étroitement et indissociablement liée à la santé physique et aux déterminants sociaux de la santé (3). Les données concourent à montrer qu'une santé mentale positive est associée à une bonne santé physique, des relations constructives inscrites dans le long terme, le sentiment d'être à sa place, un bon niveau d'éducation et d'enseignement et un environnement de travail sain (4). À l'inverse, les handicaps sociaux accroissent les risques de survenue de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances dans toutes les sociétés, indépendamment du niveau de richesse du pays. Par conséquent, la santé mentale est étroitement liée aux objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes, améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile pour améliorer la survie et le développement de l'enfant (5).

En 2002, dans la résolution EB109.R8, le Conseil exécutif de l'OMS a demandé aux États Membres d'adopter les recommandations contenues dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001, énonçant la vision de l'OMS pour l'amélioration des systèmes de santé mentale afin de réduire la charge des troubles mentaux. L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA55.10, a invité instamment les États Membres à réaffirmer les dispositions de la résolution susmentionnée, à renforcer les mesures visant à protéger les enfants des conséquences des conflits armés et à apporter un appui au programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale.

Par la suite, en 2008, le Directeur général de l'OMS a lancé le programme d'action mhGAP en tant que programme prioritaire visant à fournir des soins efficaces et humains aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances. Son objectif est de combler le fossé qui existe entre les besoins urgents et les moyens disponibles pour réduire la charge de morbidité liée à ces troubles dans le monde (6).

En 1997, tous les États Membres de la Région ont publié une déclaration commune lors de la quarante-quatrième session du Comité régional, s'engageant à soutenir les programmes et politiques nationaux de santé mentale, à agir en coordination avec les autres secteurs sociaux, ainsi qu'à sensibiliser, encourager et œuvrer avec des organisations non gouvernementales pour favoriser le bien-être mental. Ultérieurement, des résolutions sur la consommation d'alcool et de substances ont été adoptées. Mais le besoin d'une stratégie régionale en santé mentale a été clairement souligné au cours des discussions sur les orientations et actions stratégiques régionales en faveur de soins de santé mentale pour la mère, l'enfant et l'adolescent, qui ont conduit à l'adoption de la résolution EM/RC57/R.3 en 2010.

Si l'on tient compte des données qui seront exposées ci-après, des recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001, du programme mhGAP et des résolutions régionales, il apparaît qu'il faut élaborer une stratégie cohérente en faveur de la santé mentale, qui servira de base à la mise au point d'un plan d'action coordonné et souple visant l'amélioration de la santé mentale des

populations de la Région. Cette stratégie sera complétée par les orientations et les actions stratégiques régionales pour la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, adoptées en 2010 (7). Elle visera à renforcer la riposte intégrée du secteur de la santé et d'autres secteurs liés, au moyen de l'application de plans reposant sur des données probantes et réalisables, œuvrant pour la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, ainsi que pour la réadaptation des personnes qui en souffrent, dans le respect des droits de l'homme et de la protection sociale.

2. Situation mondiale et régionale

2.1 Analyse de la situation

Des études communautaires conduites dans le monde entier ont estimé que la prévalence au cours de la vie des troubles mentaux chez l'adulte était comprise entre 12,2 % et 48,6 %, et les taux de prévalence sur douze mois entre 4,3 % et 26,4 % (6,8) (cf. tableau 1). Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2001, de 10 % à 20 % des enfants et des adolescents dans le monde souffrent d'un ou plusieurs troubles mentaux ou comportementaux, et environ 50 % des troubles mentaux chez les adultes sont apparus avant l'âge de quatorze ans (9). La charge mondiale des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité, représente 14 % de la charge mondiale de morbidité et 31,7 % des années de vie vécues avec une incapacité. Les cinq affections pesant le plus sur la charge mondiale des incapacités causées par les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances sont la dépression unipolaire (11,8 %), les troubles liés à la consommation d'alcool (3,3 %), la schizophrénie (2,8 %), les épisodes dépressifs du trouble affectif bipolaire (2,4 %) et les autres démences (1,6 %) (2).

Tableau 1. Prévalence sur douze mois des troubles mentaux

Pays	Prévalence des troubles mentaux en % (IC à 95 %)
Chine (Beijing)	9,1 (6,0–12,1)
Chine (Shanghai)	4,3 (2,7–5,9)
Belgique	12,0 (9,6–14,3)
Colombie	17,8 (16,1–19,5)
France	18,4 (15,3–21,5)
Allemagne	9,1 (7,3–10,8)
Italie	8,2 (6,7–9,7)
Japon	8,8 (6,4–11,2)
Liban	16,9 (13,6–20,2)
Mexique	12,2 (10,5–13,8)
Pays-Bas	14,9 (12,2–17,6)
Nigéria	4,7 (3,6–5,8)
Espagne	9,2 (7,8–10,6)
Ukraine	20,5 (17,7–23,2)
États-Unis	26,4 (24,7–28)
Iraq	16,6 (13,7–19,5)

Source : enquêtes sur la santé mentale dans le monde de l'OMS (7)

Les troubles mentaux contribuent aussi à la mortalité. Selon les estimations de l'OMS en 2005, les troubles neuropsychiatriques entraînent 1,2 million de décès chaque année et représentent 1,4 % de l'ensemble des années de vie perdues. Chaque année, environ 800 000 personnes se suicident, parmi lesquelles 86 % résident dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Le suicide compte parmi les trois premières causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 45 ans et représente un quart de tous les décès chez les garçons adolescents et trois quarts de tous les décès chez les jeunes femmes. Une analyse systématique a identifié les troubles mentaux comme étant des facteurs de risque immédiats importants de suicide, observés chez 91 % des personnes décédées par suicide. Selon les recherches, la prévalence des troubles mentaux chez les adultes pris en charge en services de soins de santé primaires se situerait entre 10 % et 60 % ; environ 15 % des patients reçus en consultation pour des soins de santé primaires présentent des symptômes médicalement inexplicables associés à un stress psychologique et un comportement de recherche d'aide (3).

Comme dans d'autres parties du monde, les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances sont courants dans la Région de la Méditerranée orientale. Des enquêtes communautaires à grande échelle réalisées dans la Région révèlent des taux de détresse psychologique allant de 15,6 % à 35,5 %, voire plus dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes. La prévalence sur douze mois des troubles mentaux se situe entre 11,0 % et 40,1 % (10–20) (cf. tableau 2). La dépression et les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquents et affectent deux fois plus les femmes que les hommes. Les troubles liés à la consommation d'alcool sont presque exclusivement observés chez les hommes, chez qui la prévalence varie entre 22 et 4726 cas pour 100 000 habitants. Ce taux est même supérieur à 1000 cas pour 100 000 habitants dans six pays. Les quelques pays qui disposent de données sur la prévalence des toxicomanies représentent plus de la moitié de la population de la Région ; la prévalence moyenne des troubles liés à l'utilisation de substances est de 3500 cas pour 100 000 habitants. Par ailleurs, 172 cas pour 100 000 concernent la consommation de drogues injectables (21). Il a été estimé que 4,7 millions de personnes dans la Région étaient atteintes d'épilepsie et que la prévalence de cette maladie se situait entre 0,4 % et 2,1 % pour 100 000 habitants (22). Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances sont responsables de la perte de 12 % des années de vie ajustées sur l'incapacité dans la Région. L'essentiel de cette charge est imputable à l'incapacité ; les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances représentent 27 % des années de vie vécues avec une incapacité dans la Région (1). Le taux moyen de suicide dans la Région s'élève à 4,9 pour 100 000 habitants, contre 6,55 pour 100 000 habitants au plan mondial (23). Dans les pays de la Région, les taux sont compris entre 0,56 et 17,17 pour 100 000 habitants.

Les taux de troubles mentaux sont nettement supérieurs dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes. Par exemple, il a été estimé que 37,4 % des élèves irakiens souffraient de troubles mentaux ; en Palestine, 54,4 % des garçons et 46,5 % des filles souffriraient de troubles émotionnels et de troubles du comportement, et 22,2 % des écoliers afghans seraient atteints de troubles mentaux (24–28).

D'après des données essentiellement américaines et européennes, les lacunes en matière de traitement sont en moyenne de 32 % pour la schizophrénie, de 50 % à 60 % pour la dépression et les troubles anxieux, et 78 % pour l'abus d'alcool et l'alcoolodépendance (29). Une étude libanaise a révélé un déficit de traitement de 70 % pour la dépression majeure (18), alors qu'en Iraq, le déficit de traitement global en matière de troubles mentaux a été évalué à 94 % (13). Grâce à son instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS IESM), l'OMS a déterminé le taux de prévalence traitée pour les troubles mentaux dans la Région, qui est inférieur à 1 % (30), soit la moitié du taux mesuré dans l'échantillon de comparaison mondiale (31). Comparé aux taux de prévalence moyens dans le monde (7), ce chiffre suggère un déficit de traitement global de plus de 90 %.

Tableau 2. Enquêtes communautaires sur la prévalence des troubles mentaux dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale

Pays	Échantillon	Instrument	Hommes	Femmes	Total
Évaluation par un questionnaire de dépistage					
Afghanistan (2003) (11)	Échantillon en grappes à plusieurs degrés de membres de ménages âgés de 15 ans et plus dans la province de Nangarhar	Liste de symptômes Hopkins et questionnaire de Harvard relatif aux traumatismes vécus		Dépression	
			16,1 %	58,4 %	38,5 %
				Anxiété	
			21,9 %	78,2 %	51,8 %
				État de stress post-traumatique	
			7,5 %	31,9 %	20,1 %
République Islamique d'Iran (avant 2004) (12)	Échantillon représentatif au niveau national de 31 014 personnes âgées de 15 ans et plus, sélectionnées par échantillonnage aléatoire en grappes	Questionnaire général sur la santé, version en 28 items (GHQ-28)	15,8 %	29 %	21 %
Iraq (2006–2007) (13)	Échantillon représentatif au niveau national de personnes âgées de 18 ans et plus : 9256 ménages ont rempli le questionnaire SRQ	Self-reporting questionnaire (SRQ)	30,4 %	40,4 %	35,5 %
Émirats arabes unis (1996–1997) (10)	1394 participants âgés de 18 ans et plus issus d'un échantillon de 1696 ménages vivant à Al Ain	Self-reporting questionnaire (SRQ)			15,6 % (11,8–19,5)
Évaluation par entretien diagnostique					
Égypte (2003) (19)	Échantillon représentatif de 14 640 adultes âgés de 18 à 64 ans dans 5 régions	<i>Mini international neuropsychiatric interview</i> (MINI-Plus)	10,6 %	21,1 %	16,9 % (16,3–17,5)
Iraq (2006-7) (13)	Échantillon représentatif de personnes âgées de plus de 18 ans : 9256 ménages ont rempli le SRQ, 4332 personnes ont rempli le CIDI	Questionnaire SRQ puis questionnaire composite international pour le diagnostic (CIDI)	4,03 %	10,3 %	7,1 %
			30-jours	30-jours	30-jours
			8,8 %	13,4 %	11,1 %
			12-mois	12-mois	12-mois
			13,7 %	19,5 %	16,6 %
			vie entière	vie entière	vie entière
Liban (2002-2003) (18)	Échantillon représentatif au niveau national de 2856 personnes âgées de 18 ans et plus	Questionnaire CIDI	–	–	16,9 % 12-mois
Maroc (2004-2005) (20)	Échantillon systématique représentatif au niveau national de 5498 personnes, âgées de 15 ans et plus	<i>Mini international neuropsychiatric interview</i> (MINI-Plus)	34,3 %	48,5 %	40,1 % (dépression 26,5 %, anxiété 37 %)
Pakistan (1995 et 1998) (15,16)	Population de personnes âgées de 18 ans et plus habitant d'un village L'ensemble d'une population urbaine de 774 personnes, âgées de 18 ans et plus	<i>Bradford somatic inventory</i> suivi par une évaluation psychiatrique à l'aide de la CIM-10 – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic	25 %	66 %	–
			10 %	25 %	
Émirats arabes unis (1989-1990) (14)	300 participants provenant d'un échantillon aléatoire de 247 ménages vivant dans 7 districts de Dubaï	État de santé du participant au moment de l'examen	–	–	22,6 %
Émirats arabes unis (1996-1997) (10,17)	1394 participants âgés de 18 ans et plus issus d'un échantillon de 1696 ménages vivant à Al Ain	Questionnaire CIDI	5,1 % Vie entière	11,4 % Vie entière	8,2 % (6,7–9,7) Vie entière

Les essais contrôlés randomisés dans les pays à faible revenu ont révélé que le traitement divise par deux le risque de rechute de la schizophrénie après un an, et 77 % des bénéficiaires de traitement ne rechutent jamais (23). Plus de la moitié des personnes atteintes d'épilepsie ne souffrent plus de crises au bout d'un an de traitement. Un traitement médicamenteux et des interventions brèves effectuées par un médecin sont efficaces pour soigner l'alcoolodépendance et permettent de réduire la consommation d'alcool de 30 % ; près de 60 % des consommateurs de substances parviennent à réduire leur consommation (9,23).

Les services communautaires de fourniture de traitements médicamenteux et psychosociaux efficaces pour la schizophrénie, le trouble affectif bipolaire, la dépression et le trouble panique peuvent entraîner les mêmes effets bénéfiques que les traitements actuels pour un coût inférieur de moitié (32,33). Malgré cela, le pourcentage moyen des dépenses de santé allouées à la santé mentale dans la Région se monte à seulement 2 % (compris entre 0 % et 4 % dans les États Membres de la Région) (30), alors que cette allocation devrait se situer entre 5 % et 10 % pour être à la hauteur des dépenses actuelles des systèmes de santé complets. La médiane des dépenses en santé mentale s'établit à 0,15 dollars US par personne, ce qui représente la moitié de la médiane mondiale. Ces deux chiffres sont largement inférieurs à la somme de 3 à 4 dollars US nécessaire dans les pays à faible revenu pour fournir un ensemble d'interventions sélectionnées en santé mentale ayant un bon rapport coût-efficacité ; dans les pays à revenu intermédiaire, cette somme s'élève à 7 à 9 dollars US (34). En outre, les moyens disponibles ne sont pas utilisés efficacement, car plus de 50 % des ressources financières et humaines sont destinées aux établissements institutionnels, contre un tiers au niveau mondial (30).

2.2 Mesures proposées dans le cadre des systèmes de santé mentale dans la Région

À ce jour, dix-sept pays de la Région de la Méditerranée orientale ont terminé l'évaluation de leur système de santé mentale aux moyens de l'instrument IESM¹ et 14 pays ont participé au projet ATLAS concernant les ressources consacrées à la prévention et au traitement de l'utilisation de substances (21,35). La partie ci-dessous repose sur les informations recueillies dans le cadre de ces projets et fournit une base solide de données systématiques sur la santé mentale dans la Région, à partir desquelles des plans stratégiques peuvent être élaborés.

Douze pays de la Région (soit 71 % d'entre eux) disposent actuellement d'une politique ou d'un plan en santé mentale. Toutefois, seuls quatre d'entre eux (24 %) disposent de plans de santé mentale en cas de situation d'urgence ou de catastrophe naturelle. Onze départements de la santé (65 %) ont publié un rapport sur des données en santé mentale, mais seulement quatre (24 %) les ont accompagnés de commentaires. Par conséquent, même si des informations sont collectées dans quelques pays, elles sont rarement analysées ou utilisées pour prendre des mesures concrètes. Cinq pays (29 %) disposent d'une législation récente et pertinente, mais quatre autres (24 %) possèdent des textes de loi datant de plus de vingt ans. Enfin, huit pays (47%) sont dépourvus de législation dans le domaine de la santé mentale, abandonnant les patients au risque de violation des droits de l'homme.

Le nombre de lits en hôpital psychiatrique a augmenté dans treize pays de la Région (76 %) au cours des cinq dernières années ; ces lits sont concentrés dans les centres urbains ou leur agglomération. Les établissements de consultations externes sont rares dans la Région (0,16 pour 100 000 habitants par rapport à une médiane mondiale de 0,32 pour 100 000), et seul 1 % d'entre

¹ Le rapport OMS IESM sur les systèmes de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale porte sur 14 pays de la Région ayant terminé l'évaluation OMS IESM entre 2005 et 2009 (30). Depuis cette date, trois pays de la Région ont également achevé cette évaluation. Lorsque c'est possible, les données de l'ensemble des 17 pays, représentant 93 % de la population de la Région, sont prises en compte dans cette stratégie (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, territoire palestinien occupé, Tunisie). Les données de comparaison mondiales pour l'évaluation OMS IESM proviennent de 42 pays (31).

eux fournissent des soins communautaires de suivi, contre 18 % des établissements de même type dans le cas de l'échantillon mondial. Dans la plupart des pays de la Région, l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires est limitée. Les protocoles destinés à guider le personnel dans ses pratiques d'évaluation, de traitement, d'orientation-recours, et de retour d'orientation sont disponibles dans plus de 80 % des centres de soins de santé primaires de trois pays seulement (18 %). Au cours de l'année passée, des formations de remise à niveau en cours d'emploi sur la santé mentale ont été dispensées à des médecins de soins de santé primaires (la médiane est de 2 % d'entre eux) et à des infirmières (médiane de 1 %). Seuls trois pays (18 %) déclarent que plus de 80 % de leurs centres de soins de santé primaires orientent au moins un patient chaque mois.

On compte 3,3 professionnels en santé mentale pour 100 000 habitants dans les pays de la Région, alors que la moyenne mondiale s'élève à 6,0. Seules 3 % et 4 % respectivement, des heures totales de formation de premier cycle pour les médecins et le personnel infirmier sont consacrées à la santé mentale. Même si presque tous les pays ont inscrit des médicaments psychotropes sur leur liste des médicaments essentiels, près de 66 % des établissements communautaires n'en disposent pas et seuls cinq pays (29 %) fournissent plus de 80 % de leurs centres de soins de santé primaires en médicaments de ce type. En outre, dans la plupart des pays, moins de 20 % du personnel de santé mentale a bénéficié d'une formation de mise à jour des connaissances concernant l'utilisation rationnelle des médicaments psychotropes et des interventions psychosociales au cours de l'année précédente.

Quatorze pays (82 %) organisent des activités en milieu scolaire afin de promouvoir la santé mentale et prévenir l'apparition des troubles mentaux. Toutefois, deux pays seulement couvrent plus de 50 % des écoles et dans huit pays, la couverture ne dépasse pas 20 % des écoles. L'absence de liens avec les problématiques de logement et d'emploi sape la possibilité d'établir des processus utiles à la réadaptation des patients dans la communauté. Les associations familiales et celles regroupant les utilisateurs de services sont peu développées dans la Région ; dix pays n'ont aucune association d'utilisateurs de services, et dix autres pays n'ont aucune association familiale. Lorsqu'elles existent, elles sont de petite taille ; le nombre de membres au niveau national est compris entre trois et huit dans le cas des associations d'utilisateurs ou de consommateurs, et entre quatre et cinq cents dans le cas des associations familiales. Dans le monde, seules 6 % des publications spécialisées en psychiatrie proviennent de pays à faible revenu, qui représentent pourtant 85 % de la population mondiale. La Région est sous-représentée dans les publications de recherche. Sur les 11 000 essais d'intervention évaluant le traitement ou la prévention de la schizophrénie, de la dépression, des troubles du développement ou des troubles liés à la consommation d'alcool, 1,8 % d'entre eux seulement émanait d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Au cours des cinq dernières années, 5 % (chiffre médian) des études de recherche en santé ayant été publiées dans la Région portaient sur la santé mentale (30).

En ce qui concerne les services visant la dépendance à l'alcool et aux substances², 79 % des pays (11 sur 14) disposent d'un arsenal législatif ou politique en la matière. Une désintoxication dans le cas des troubles liés à la consommation d'alcool est fournie sur la base d'une hospitalisation à moins de 10 % de la population et sur la base de consultations externes à 10 % à 50 % de la population. Deux pays sont équipés de centres de séjour pour la réadaptation des personnes souffrant de ces troubles. La désintoxication en hospitalisation en vue du traitement des troubles liés à l'usage de substances couvre 50 % de la population, selon les estimations, mais la couverture est inférieure lorsque les soins sont fournis en consultation externe : moins de 10 %

² Les données sur les services de lutte contre la dépendance à l'alcool et aux substances reposent sur les informations collectées par les quatorze pays participant au projet ATLAS de l'OMS sur les ressources consacrées au traitement et à la prévention des toxicomanies.

pour la désintoxication et le traitement fondé sur l'abstinence ; par ailleurs, la thérapie d'entretien par la substitution n'est disponible que dans un seul pays. Des programmes communautaires d'échange d'aiguilles existent dans 36 % des pays (5 sur 14) (21).

3. Défis et perspectives

L'engagement des responsables des politiques et de santé publique envers la santé mentale est faible. La stigmatisation qui frappe les troubles mentaux est un phénomène transversal à tous les aspects des soins pour la santé mentale, qui entraîne une discrimination insidieuse influant sur la création de services, et l'offre et la demande de soins en la matière. La santé mentale a souffert d'un sous-financement chronique conduisant à une carence en services et en personnel spécialisés dans ce domaine. En outre, les maigres ressources ont été concentrées sur les hôpitaux psychiatriques importants situés à proximité des grandes villes, mais coupés des autres centres de soins et de la société, ce qui a contribué à l'isolement et à la stigmatisation du service, de son personnel ainsi que de ses utilisateurs. Les compétences des maigres effectifs représentent un autre obstacle à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé généraux : en effet, les qualifications en santé mentale des agents de santé généraux sont limitées, tout comme le sont celles en santé publique des responsables de santé mentale. Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ont été négligés dans de nombreux pays de la Région ; ces patients ont été exposés à des traitements inhumains et à la discrimination. Les soins en établissement n'ont pas seulement dépossédé et privé les utilisateurs de ces services de la conscience de leur individualité, mais ils ont aussi entravé les compétences et les attentes du personnel en santé mentale, dont certains membres résistent au changement.

Toutefois, l'importance d'une santé mentale positive pour la société, la productivité, la sécurité et la cohésion sociale est de plus en plus reconnue. Des programmes efficaces de promotion de la santé et d'éducation du public fonctionnent déjà dans de nombreux pays. Des opportunités peuvent être saisies pour établir des partenariats et renforcer la promotion de la santé mentale et les composantes préventives de ces programmes.

Les données concourent à montrer que même des ressources limitées peuvent être utilisées avec un meilleur rapport coût-efficacité. Des pays sont déjà engagés dans l'adoption de modèles plus efficaces pour les soins de santé mentale en réorientant les services concernés vers une approche plus communautaire et impliquant les soins de santé primaires. Par conséquent, même en l'absence de financement supplémentaire, il est possible de soigner davantage de personnes en utilisant les maigres ressources d'une manière plus rentable. De nombreux pays offrent déjà des exemples d'interventions réussies dans le domaine de l'élaboration de services communautaires, de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et de la satisfaction des besoins des groupes prioritaires. Certains pays ont élargi ces interventions de façon satisfaisante pour couvrir près de l'ensemble de leur population.

Les principaux obstacles à la recherche dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire sont un financement insuffisant, une pénurie de personnel qualifié, une infrastructure institutionnelle médiocre rendant les formations difficiles, le manque de temps en raison des obligations de service et d'enseignement, l'absence d'une forte culture de recherche, ainsi que la faiblesse des réseaux professionnels et des collaborations entre pairs (36). D'une manière générale, la Région manque de données concernant la santé mentale, mais il est encourageant de constater que presque tous les pays ont participé au projet IESM. Cette participation a généré des informations servant de fondement pour la planification stratégique et de référence pour mesurer les progrès accomplis.

4. Stratégie régionale sur la santé mentale et les toxicomanies 2012–2016

4.1 Vision et fondements

Cette stratégie vise à orienter les efforts des États Membres pour qu'ils offrent des services en santé mentale permettant d'améliorer cet aspect de la santé ainsi que le bien-être de toutes les populations de la Région. D'envergure régionale, elle admet que les priorités de chaque pays dans les domaines de la santé mentale et des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, varient en fonction de la prévalence des différents troubles, des données permettant des interventions efficaces et pertinentes dans le pays, des ressources disponibles, des capacités du personnel de soins de santé primaires et de soins de santé mentale et du contexte national. Toutefois, au vu des points communs unissant la plupart des problèmes identifiés ci-dessus, il est possible d'arriver à un consensus sur les options stratégiques régionales susceptibles de fournir les orientations nécessaires à tout l'éventail des parties prenantes.

Il est évident que toutes les activités proposées dans le cadre des grandes options stratégiques ne seront pas suivies de la même manière dans chaque pays. Les pays devront faire des choix réalistes lors de l'harmonisation de leurs stratégies et de leurs plans pour agir sur leurs priorités selon leurs ressources. Toutefois, tous les pays devront créer ou renforcer une direction ou une unité de la santé mentale au sein de leur ministère de la Santé, élargir l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, mettre en œuvre un éventail d'activités visant à réduire la stigmatisation, recueillir des données sur les soins de santé mentale et sur la capacité du personnel à aider à la planification à long terme, mais aussi coordonner toutes les interventions ayant des répercussions sur la santé mentale que mènent d'autres secteurs. Les pays à faible revenu qui allouent proportionnellement une part moindre de leur budget sanitaire à la santé mentale ont des capacités relativement limitées pour mener à bien les plans en santé mentale. Par conséquent, ils devront trouver les ressources nécessaires à utiliser au mieux, par les moyens suivants : le renforcement de leur rôle moteur, de la gouvernance et du recueil d'informations ; l'utilisation d'un réseau de collaborations pour la prévention et la promotion de la santé ; et la pose de jalons pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé généraux. Quant aux pays à revenu élevé, ils disposent des ressources nécessaires à l'application de la plupart des activités suggérées pour l'intégration de services communautaires couvrant toute la population et prévoyant de satisfaire les besoins des personnes vulnérables, avec le soutien de systèmes d'informations globaux et d'une recherche de qualité.

Un document approfondissant les options et les actions stratégiques répertoriées et résumées ci-dessous, a été rédigé et complété par un cadre de référence pour la mise en œuvre et le suivi, qui doit fournir un soutien aux États Membres.

4.2 Composantes de la stratégie

1. Renforcer les capacités de direction et l'engagement politique en faveur de la santé mentale ;
2. Développer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ;
3. Intensifier les services de soins de santé mentale secondaires et tertiaires ;
4. Identifier les personnes vulnérables et leur donner la priorité ;
5. Promouvoir une collaboration intersectorielle visant à étendre les connaissances de base du public en matière de santé mentale, à encourager une santé mentale positive et à prévenir les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances ; et
6. Accroître la recherche et sa traduction en action.

Composante stratégique 1 : renforcer les capacités de direction et l'engagement politique en faveur de la santé mentale

Un engagement fort, éclairé et pérenne des gouvernements est crucial pour mener à bien l'élaboration et le maintien des soins de santé mentale au sein du système de santé actuel. Des capacités de direction sont requises pour organiser un examen et une mise à jour régulières des politiques, plans et lois et pour veiller aux respects des droits de l'homme.

Objectifs

1. Établir ou renforcer une direction ou une unité de la santé mentale au sein du ministère de la Santé dans chaque pays, afin de concevoir, doter en ressources, mettre en œuvre et suivre des soins de santé mentale, ainsi qu'une prévention et une promotion dans ce domaine ;
2. Veiller à ce que des plans nationaux de santé mentale conformes à la stratégie régionale soient en place, appliqués et examinés, et qu'ils respectent les normes internationales ; et
3. Vérifier que l'arsenal législatif en santé mentale existe et respecte les normes internationales relatives aux droits de l'homme.

Propositions d'activités

Activités régionales

1. Créer un groupe consultatif régional en santé mentale pour examiner la mise en œuvre de la stratégie et du plan en santé mentale, et formuler des avis à ce propos.
2. Concevoir des outils afin d'aider à l'examen et à l'élaboration des politiques, des plans, de la législation et des interventions visant à renforcer les capacités.

Activités nationales

1. Établir/renforcer une direction ou une unité de la santé mentale au ministère de la Santé.
2. Examiner les politiques, les stratégies, les plans et les lois existantes en santé mentale et dans le secteur social, pour veiller à leur actualisation et à leur conformité avec les normes nationales et internationales.
3. Agir pour mobiliser des ressources pour la santé mentale et assurer qu'elles soient équitables et suffisantes.

Composante stratégique 2 : développer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires

La plupart des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances recherchent d'abord des soins de santé primaires ; c'est pourquoi la prévalence des troubles mentaux chez les utilisateurs de ces soins est élevée. La prise en charge de ces troubles sur un pied d'égalité avec les autres troubles dans le cadre des soins de santé primaires est moins stigmatisante qu'en établissement psychiatrique et permet le recours à un traitement global des problèmes physiques et mentaux. Les ressources disponibles peuvent être utilisées plus efficacement en déléguant aux agents de santé moins qualifiés des tâches spécifiques auparavant dévolues à des professionnels hautement qualifiés. Par conséquent, les systèmes de santé mentale doivent collaborer avec les systèmes de soins de santé primaires pour augmenter la capacité de ces derniers à fournir un ensemble de soins intégrés grâce à la formation, un appui et une supervision.

Objectifs

1. Élaborer, renforcer et élargir des services globaux et communautaires de santé mentale au moyen d'une intégration dans les soins de santé primaires ; et

2. Renforcer les capacités des agents de soins de santé primaires à tous les niveaux afin de fournir des soins intégrés pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances ayant été désignés comme prioritaires.

Propositions d'activités

Activités régionales

1. Coopérer techniquement avec les pays pour faciliter l'identification des affections prioritaires, et élaborer des modules d'interventions conformes au guide d'intervention du programme d'action mhGAP de l'OMS.
2. Créer un groupe de travail régional composé d'experts provenant des pays de la Région et d'ailleurs pour collaborer à la conception et à la prestation de programmes de formation.

Activités nationales

1. Réaliser un exercice systématique de fixation des priorités en fonction des critères de décision et mettre en place des ensembles d'interventions essentielles à intégrer dans les soins de santé primaires.
2. Rédiger des directives pour l'évaluation et le traitement des affections prioritaires, notamment l'épilepsie, ainsi que l'orientation-recours des cas, et veiller à ce que les protocoles d'intervention destinés à guider le personnel dans les pratiques énumérées ci-dessus soient disponibles dans tous les centres de soins de santé primaires fournissant des soins de santé mentale.
3. Garantir que des dispositifs solides d'appui et de supervision existent pour pérenniser la place des soins de santé mentale et de l'épilepsie dans les soins de santé primaires.
4. Assurer la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments psychotropes essentiels, notamment pour le traitement de l'épilepsie, de tous les centres de soins de santé primaires fournissant des soins de santé mentale.
5. Intégrer des indicateurs de santé mentale dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire.

Composante stratégique 3 : intensifier les services de soins de santé mentale secondaires et tertiaires

Objectifs

1. Créer des établissements communautaires, tels que des unités d'hospitalisation dans des hôpitaux généraux, des centres de soins de jour et des centres de consultations, suivant des processus d'orientation-recours clairs et capables d'appuyer les soins de santé primaires ; et
2. Renforcer les capacités du personnel spécialisé en santé mentale afin de fournir des soins de santé mentale intégrés et communautaires, au moyen d'une formation cohérente avec son rôle dans le système de santé mentale.

Propositions d'activités

Activités régionales

Appuyer les pays pour qu'ils renforcent les capacités de leur système et personnel de santé mentale spécialisés en vue de fournir des soins communautaires et d'appuyer les soins de santé primaires.

Activités nationales

1. Décentraliser et réorienter les services de santé mentale en créant des établissements communautaires alternatifs.
2. Redéfinir les rôles des professionnels spécialisés en santé mentale et mettre en place un encadrement ou une évaluation en cours d'emploi afin d'appuyer leur formation et leur évolution de carrière.

Composante stratégique 4 : identifier les personnes vulnérables et leur donner la priorité

Ce document stratégique est guidé par le principe de fourniture d'un traitement équitable aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances. Toutefois, certains groupes sont marginalisés et vulnérables : les personnes vivant dans des zones/pays touchés par des catastrophes, des conflits armés et des troubles civils, mais aussi les veuves, les toxicomanes, etc., ont des besoins plus importants en santé mentale, souffrent de répercussions plus graves ou nécessitent des soins spéciaux. Fournir davantage aux plus démunis est un impératif éthique.

Objectifs

1. Identifier les personnes vulnérables et veiller à ce que des services de santé mentale adaptés leur soient offerts ; et
2. Collaborer avec les autres secteurs sociaux pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez les personnes vulnérables.

Propositions d'activités

Activités régionales

1. Publier et distribuer les orientations et actions stratégiques régionales pour la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.
2. Préparer et publier les orientations et directives stratégiques régionales pour lutter contre l'abus d'alcool et de substances dans la Région de la Méditerranée orientale.
3. Coordonner et organiser des plans régionaux de préparation et de riposte dans les domaines de la santé mentale et du soutien psychosocial en situations d'urgence, accompagnés d'experts régionaux pouvant être déployés rapidement.
4. Aider les États Membres pour l'élaboration et l'adaptation locale des politiques, stratégies, instruments et interventions pour la fourniture d'un soutien en santé mentale et d'un appui psychosocial aux populations des pays touchés par les catastrophes, les conflits armés et les troubles civils.

Activités nationales

1. Concevoir et mettre en œuvre des plans de fourniture de services en soins de santé mentale pour les mères et les enfants et lancer des programmes de prévention du suicide chez les adolescents.
2. Préparer et mettre en œuvre des plans de préparation aux situations d'urgence telles que les catastrophes ou les crises humanitaires, en collaboration avec toutes les parties prenantes.
3. Élaborer des services permettant d'organiser des interventions en hôpital et/ou ambulatoires pour traiter les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances.

Composante stratégique 5 : promouvoir une collaboration intersectorielle visant à étendre les connaissances du public en matière de santé mentale, à encourager une santé mentale positive et à prévenir les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances

En raison du manque de traitement et de ressources disponibles en santé mentale et en santé primaire, une collaboration avec les programmes de prévention et de promotion de la santé pour intégrer des composantes de santé mentale serait la démarche la plus efficace pour certains pays œuvrant à réduire la charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances et pour renforcer la santé mentale positive.

Objectifs

1. Faire reculer l'ignorance et la stigmatisation qui marquent les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances et leur traitement, par l'établissement de partenariats et de collaborations intersectorielles ; et
2. Intégrer les composantes de santé mentale et d'épilepsie dans d'autres programmes de santé et du secteur social.

Propositions d'activités

Activités régionales

1. Coopérer techniquement avec les pays afin de concevoir des stratégies pour l'éducation du public et la promotion de la santé mentale.
2. Compiler des données, des outils et des indicateurs permettant d'évaluer la santé mentale positive et œuvrer pour convenir d'un ensemble d'indicateurs adaptés à la Région.
3. Collaborer avec d'autres institutions des Nations Unies et parties prenantes pour intégrer les composantes de santé mentale dans les programmes sanitaires et sociaux.

Activités nationales

1. Élaborer des stratégies intersectorielles pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.
2. Concevoir et diffuser des matériels d'information, d'éducation et de communication.
3. Instaurer ou adapter des indicateurs de santé mentale positive utilisables à l'échelle nationale.
4. Promouvoir activement la formation et la participation d'associations de familles et d'utilisateurs.

Composante stratégique 6 : accroître la recherche et sa traduction en action

L'information et la recherche sont fondamentales pour rassembler des données afin d'orienter les politiques et les interventions, et donc attirer davantage de ressources permettant d'améliorer la qualité des soins.

Objectifs

1. Renforcer une recherche opérationnelle en santé mentale adaptée aux besoins et ressources de chaque pays ;
2. Établir des évaluations comparatives globales des systèmes de santé mentale de chaque pays et de leur capacité, afin de suivre les progrès accomplis et appuyer la planification ; et
3. Collecter les indicateurs approuvés de santé mentale intégrés dans le système d'information sanitaire, les analyser puis communiquer les résultats.

Propositions d'activités

Activités régionales

1. Œuvrer avec les pays pour convenir des priorités de recherche en santé mentale, en s'inspirant des travaux internationaux dans ce domaine.
2. Appuyer le renforcement des capacités pour entreprendre des recherches en santé mentale dans les pays de la Région.
3. Favoriser la collaboration entre les chercheurs dans la Région et les autres chercheurs ayant une expérience riche et reconnue dans le domaine des propositions et des publications de recherche.

Activités nationales

1. Créer un forum national visant à identifier les priorités de recherche en santé mentale, et faire pression en leur faveur, et/ou établir et financer une instance nationale qui identifierait et appuierait la recherche des priorités en santé mentale.
2. Tisser des liens internationaux de recherche en collaboration dans la Région et ailleurs.
3. Compiler et analyser les travaux de recherche nationaux menés en santé mentale (épidémiologie, services, biologie/génétique, politique/programmes/économie, interventions psychosociales et pharmacologiques) afin de réunir des données utiles pour la planification des services actuels et d'identifier les prochaines priorités de recherche.

5. Conclusions

Au cours des trois dernières décennies, des tentatives répétées ont eu lieu pour intégrer et accorder une place importante aux soins de santé mentale. Ces tentatives ont été relatées dans des rapports nationaux, des réunions interpays et des modules de formation. Les efforts ont été accrus en 1997 lors de la quarante-quatrième session du Comité régional, puis en 2010 lors de la discussion pour l'adoption des orientations stratégiques régionales pour la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Toutefois, l'analyse de la situation indique que l'intégration est disparate et inégale, que le financement est insuffisant, que les ressources restent concentrées sur les hôpitaux psychiatriques situés à proximité des grandes villes et que la stigmatisation est très répandue. C'est la raison pour laquelle il est si important que la stratégie présentée dans ce document redouble les efforts afin d'améliorer la santé mentale des peuples de la Région, en invitant les gouvernements à renforcer la capacité de direction et la gouvernance de leurs systèmes de santé mentale. Au cours des cinq prochaines années, les cinq options clés identifiées dans cette stratégie visent à accélérer l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, à accorder la priorité aux personnes vulnérables, à prévenir les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances, à promouvoir la santé mentale, et enfin à générer et à utiliser des informations et des travaux de recherche sur la santé mentale. Chaque composante stratégique préconise des mesures en vue de la réduction de la stigmatisation. Le renforcement des capacités joue un rôle fondamental pour atteindre ces objectifs, au moyen du recrutement, de la formation initiale et continue du personnel de santé primaire et spécialisé en santé mentale, et par le tissage de partenariats avec d'autres institutions dans le secteur sanitaire et social. Le Bureau régional continuera à apporter un soutien technique aux États Membres pour renforcer leur capacité de création et de renforcement des prestations de services de santé mentale selon une approche intégrée reposant sur les meilleures données disponibles.

6. Recommandations aux États Membres

1. Approuver la stratégie sur la santé mentale et les toxicomanies dans la Région de la Méditerranée orientale 2012-2016 ;
2. Passer en revue et mettre à jour les politiques, stratégies et plans de santé nationaux conformément à la stratégie régionale pour faire en sorte que la santé mentale et les toxicomanies soient identifiées comme questions de santé publique prioritaires avec une allocation de ressources adaptée ;
3. Mettre en place un mécanisme multidisciplinaire national avec participation des ministères et des secteurs concernés, le ministère de la Santé jouant le rôle de chef de file, afin de coordonner, planifier et surveiller la mise en œuvre des stratégies/plans d'action en matière de santé mentale et de toxicomanies avec une allocation de ressources adaptée ;
4. Intégrer les services en charge de la santé mentale et des toxicomanies dans les systèmes de santé existants, y compris les soins de santé primaires ;
5. Renforcer les services en charge de la santé mentale et des toxicomanies aux niveaux secondaire et tertiaire pour assurer formation, orientation-recours et soutien pour la supervision au système de soins de santé primaires ;
6. Promouvoir la collaboration intersectorielle pour renforcer les connaissances de base en matière de santé mentale ; minimiser la stigmatisation et la discrimination que rencontrent les personnes souffrant de troubles mentaux ; prévenir les troubles mentaux et promouvoir la santé mentale en s'intéressant en particulier aux sections vulnérables de la société ;
7. Promouvoir la recherche appliquée et renforcer les capacités pour entreprendre des travaux de recherche dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies.

7. Références

1. *Disease and injury regional estimates cause-specific mortality: regional estimates for 2008. Disease and injury regional estimates for 2004.* Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
2. WHO and World Organization of Family Doctors (Wonca). *Integrating mental health into primary care: a global perspective.* Geneva, World Health Organization 2008
3. Prince M et al. Global mental health 1: No health without mental health. *Lancet*, 2007, 370:859–877.
4. Lehtinen V et al. The intrinsic value of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva, World Health Organization, 2004.
5. Funk M et al. *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.* Geneva, World Health Organization, 2010.
6. *Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale. Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008
7. *Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : défis et orientations stratégiques 2010-2015.* Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2010.
8. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004, 291:2581–2590.
9. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
10. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Daradkeh TK. Al Ain Community Psychiatric Survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:20–28.
11. Scholte WF et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:585–593.
12. Noorbala AA et al. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:70–73.
13. *Iraq Mental Health Survey 2006/7.* Geneva, World Health Organization, 2009.
14. Gubash R, Hamdi E, Bebbington P. The Dubai community psychiatric survey: I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:53–61.
15. Mumford DB et al. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:473–478.
16. Mumford DB et al. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177:557–562.
17. Daradkeh TK, Ghubash R, Abou-Saleh MT. Al Ain community survey of psychiatric morbidity II. Sex differences in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2002, 72:167–176.
18. Karam EG et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*, 2006, 367:1000–1006.

19. Ghanem M et al. National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey [Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux en Égypte : étude préliminaire]. *Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2009, 15:65–75.
20. Kadri N et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010, 121:71–74.
21. *ATLAS on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva, World Health Organization, 2010.
22. *Epilepsy in the WHO Eastern Mediterranean Region: bridging the gap*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010.
23. Patel V, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:991–1005.
24. Al-Jawadi AA, Abdul-Rahman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental health disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2007, 7:274.
25. Razokhi AH et al. Mental health of Iraqi children. *Lancet*, 2006, 368:838–839.
26. Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Effect of trauma on the mental health of Palestinian children and mothers in the Gaza Strip [Effet des traumatismes sur la santé mentale des mères et des enfants palestiniens dans la Bande de Gaza]. *Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2001, 7:403–412.
27. Espié E. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank 2005-2008, *International journal of mental health systems*, 2009, 3:21.
28. Panter-Brick C, et al. Violence, suffering and mental health in Afghanistan: a school based survey. *Lancet*, 2009, 374:807–816.
29. Kohn R, et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858–866.
30. *Mental health systems in the Eastern Mediterranean Region. Report based on the WHO assessment instrument for mental health systems*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010 (EMRO Technical Publications Series No. 37).
31. *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva, World Health Organization, 2009.
32. *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva, World Health Organization, 2006.
33. Chandra V et al. Neurological disorders. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*, 2nd edition (DCP2). Oxford, Oxford University Press and the World Bank, 2006: 21–37.
34. Hyman S et al. Mental disorders. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. 2nd edition (DCP2). Oxford, Oxford University Press and the World Bank, 2006: 1-20.
35. *Organisation mondiale de la Santé. Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale OMS IESM. Version 2.2*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
36. *Challenges and priorities for global mental health research in low- and middle-income countries: symposium report*. London, Academy of Medical Sciences, 2008.