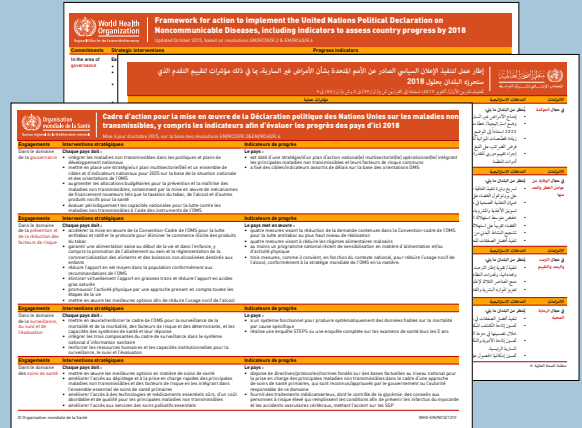


Maladies non transmissibles

Cadre d'action régional

Malgré les engagements politiques pris pour mettre en œuvre la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, de nombreux pays rencontrent des difficultés à passer au stade de l'action concrète. La réponse apportée à la Déclaration politique des Nations Unies 2011 et au cadre d'action régional approuvé par le Comité régional en 2012 a été incomplète et inégale. Les facteurs à l'origine de cette situation varient d'un pays à l'autre, mais incluent généralement les éléments suivants : un engagement politique de haut niveau insuffisant ; des priorités concurrentes notamment dans les pays en crise ; un faible engagement des secteurs non sanitaires dont l'action est pourtant essentielle pour la mise en œuvre de mesures clés ; la fragilité des systèmes de santé et la fragmentation des systèmes d'information sanitaire ; des forces d'opposition telles que l'industrie du tabac et la commercialisation libre d'aliments nocifs pour la santé ; et l'absence d'un mouvement de la société civile efficace.

En 2015, l'accent a continué d'être mis sur l'intensification de la mise en œuvre du cadre d'action régional. Depuis son adoption par le Comité régional en 2012, le cadre d'action a été mis à jour chaque année et un ensemble d'indicateurs de processus destinés à guider les États Membres dans l'évaluation des progrès concernant la mise en œuvre des interventions stratégiques a été mis au point.



↑ Cadre d'action sur la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

Nous avons continué à organiser des réunions régionales annuelles sur les maladies non transmissibles afin de permettre aux États Membres d'examiner les progrès effectués avec l'aide d'experts internationaux et régionaux, et pour répondre à leurs besoins en matière d'appui technique. En 2015 et 2016, le Bureau régional a également continué à mettre au point des orientations techniques concrètes qui permettront aux pays de mettre en œuvre les mesures recommandées dans les quatre domaines du cadre régional (gouvernance, surveillance, prévention et soins de santé) reposant sur des données factuelles, l'expérience internationale et les bonnes pratiques.

Gouvernance

Des activités de plaidoyer de haut niveau ont été menées tout au long de l'année 2015 dans le cadre de différentes instances, y compris l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional, pour encourager une collaboration entre les secteurs autres que celui de la santé ainsi qu'entre les gouvernements et les acteurs non étatiques. Seulement six pays disposent maintenant d'une stratégie et/ou d'un plan

Frequently asked questions about tobacco control policies for the prevention and control of noncommunicable diseases

Introduction

Tobacco use kills nearly six million people every year, including second-hand smoke. The tobacco epidemic poses a formidable development challenge. However, with the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the epidemic is no longer insurmountable. The Convention, legislators and fully implement the treaty effective enforcement.

The WHO FCTC is the first international public health treaty to provide a comprehensive approach to reduce the health burden of tobacco. The WHO FCTC balances demand reduction with supply reduction. The WHO FCTC industry and calls for enhanced present and future generations from the devastating health consequences of tobacco consumption and exposure to second-hand smoke.

In order to help Parties fulfil their obligations under the WHO FCTC, it is a legal obligation for all countries to implement the following policies/measures:

1. Member tobacco use.
2. Protect people from second-hand smoke through bans.
3. Enforce a total ban on advertising, promotion and sponsorship.
4. Warn people about the dangers of tobacco use through mass media.
5. Offer help and support for people to quit, through cessation services.
6. Increase taxes on tobacco products.

To assist policy-makers to make informed decisions, the most tobacco control policies and other associated tobacco control of frequently asked questions.

MPOWER in the Eastern Mediterranean Region

Overview of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) and MPOWER

The problem: the tobacco epidemic in the Region^{1,2}

Number 1 preventable risk factor for premature death and disease

- 20.6% of adults smoke
- 1 in 3 children exposed to secondhand smoke at home
- 187 000 annual deaths caused by tobacco use
- 64 100 annual disability due to secondhand smoke
- 1 609 000 disability-adjusted life years (DALYs) due to secondhand smoke
- 2 793 000 DALYs lost to tobacco use

6 MPOWER measures with the greatest impact on reducing tobacco use

- 1 Tobacco treaty to counter the tobacco burden – WHO FCTC

Today, we have the means to effectively control the tobacco epidemic, full implementation of the WHO FCTC.

The tobacco epidemic poses a formidable challenge to public health and development. However, with the WHO FCTC, the odds of mitigating the epidemic are no longer insurmountable. It encourages treaty ratification, legislative and fully implement the treaty provisions and mandatorily pursue effective enforcement.

Note: A "two hit" is an intervention that is not only highly cost-effective but also cheap, feasible and culturally acceptable to implement. "Two-hit" are other interventions that may not come as generic but health gains will provide equal life expectancy.

www.emro.who.int/125

حقائق وأرقام حول تجارة التبغ غير الشرعية

Facts and figures on the illicit tobacco trade

Fact sheet 1

Cigarettes are a particularly attractive product to smuggle. Because tax is a high proportion of price, evading tax on tobacco products yields a high profit margin. The availability of these cigarettes increases consumption and therefore increases the risk of tobacco-related deaths in the future.

Besides being a major health problem, tobacco trade is also a law enforcement issue and is increasingly carried out by organized criminal groups, including terrorist organisations.

According to available estimates, the total lost revenue is about US\$ 125 billion a year. Illicit tobacco trade is prominent in low-income and middle-income countries than in high-income countries.

Eliminating or reducing the illicit trade reduces consumption by increasing tax revenue for governments. If this trade were eliminated, governments would gain at least US\$1.3 billion a year from 2010 onwards more than 164 premature deaths a year would be averted the vast majority in middle-income low-income countries.

Cigarettes are by far the most free trade tobacco products, but in some regions such as the Eastern Mediterranean, South-East Asian regions, the illicit trade in smokeless and water pipe tobacco is important.

Faits et chiffres sur le commerce illicite des produits du tabac

Aide-mémoire N°1

Les cigarettes sont un produit particulièrement attractif pour les contrebandiers. Les taxes représentent une forte proportion du prix, l'évasion fiscale dans le cadre du détournement des produits du tabac vers le marché illicite (marché dans lequel les ventes sont en grande partie en franchise d'imposition) offre une marge bénéficiaire considérable pour les contrebandiers. La disponibilité des cigarettes pour les consommateurs entraîne une hausse de la consommation et par conséquent un accroissement de l'exposition au risque de décès dus à la consommation de tabac.

En plus d'être un problème de santé majeur, le commerce illicite des produits du tabac soulève également la question de la détention et de la répression. On retrouve généralement à la tête de ce type de commerce, les groupes criminels organisés, transnationaux, y compris les organisations terroristes.

Selon les estimations disponibles, l'ampleur du commerce illicite varie entre les pays, allant de 1 % à environ 40-50 % du marché. Le coût total en termes de manquant à gagner s'élevé à près de 40,5 milliards de dollars US par an. Le commerce illicite des produits du tabac est plus important dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.

L'élimination ou la réduction de ce commerce illicite permettrait de diminuer la consommation en augmentant les taxes, en réduisant le nombre de décès prématurés et en augmentant les recettes fiscales des gouvernements. Si l'on éliminait le commerce illicite, les gouvernements gagneraient au moins 1,3 milliard de dollars US par an et plus de 164 000 décès prématurés seraient évités chaque année, et ce à partir de l'année 2010, décès qui pour la plupart surviendraient dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

La cigarette est de loin le produit illicite du tabac le plus fréquent. Cependant, dans certaines régions telles que la Méditerranée orientale et l'Asie du Sud-Est, le commerce illicite de tabac sans fumée et de tabac pour pipe a aussi une importance importante.

En ce qui concerne les autres produits du tabac, en 2013, l'Organisation mondiale des Nations a remarqué une augmentation significative de la quantité de tabac à chiquer saisi qui, en 2012, s'élevait à 8 tonnes en comparaison avec les 38 tonnes en 2013. Le quart de saisi de tabac pour pipe a été saisi, passant de 69 tonnes en 2012 à 75 tonnes en 2013.

La plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale ne disposent pas de données transparentes et publiques sur le commerce illicite du tabac. En outre, de telles données n'existent pas dans les instruments de notification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les seuls exceptions sont la République démocratique d'Irak et le Pakistan. Il n'existe pas d'engagements officiels au Pakistan, néanmoins, on estime que près de 17 % du marché intérieur total de consommation de tabac est composé de contrebande, la contrebande et les produits fabriqués localement pour lesquels des décès sont pas été acquisés. (source: Federal Board of Revenue – Il y a eu d'une

Organisation mondiale de la Santé

↑ **Orientations techniques sur la lutte antitabac**

d'action multisectoriel(le) opérationnel(le), et quatre pays ont défini des objectifs pour 2025 fondés sur les lignes directrices de l'OMS. Les pays de la Région en sont à différents stades de la mise en œuvre de leurs plans d'action et l'OMS continue de surveiller la situation en collaboration avec ces pays, à partir des indicateurs de processus du cadre régional.

L'élaboration, en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS de l'Université de Georgetown, d'un tableau de bord et de notes d'orientation sur les bonnes pratiques en matière de législation sanitaire à partir de données mondiales, constitue une initiative novatrice. Cette activité fournit un guide pour permettre aux pays d'entreprendre une action législative adaptée afin de maîtriser les facteurs de risque dans les domaines de la lutte antitabac, des régimes alimentaires, de l'activité physique et de la gouvernance. Chacune des interventions prioritaires identifiées est décrite à travers une note

d'orientation juridique particulière contenant des recommandations concrètes applicables aux pays, inspirées des expériences mondiales, régionales et nationales et adaptables au contexte économique local, social et juridique.

Prévention et maîtrise des facteurs de risque

L'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte contre le tabagisme et la participation limitée des acteurs non sanitaires restent des défis majeurs dans la mise en œuvre d'interventions dans le domaine de la prévention et de la maîtrise des facteurs de risque pour les maladies non transmissibles. Seize pays ont adopté une cible au niveau national en vue de réduire la consommation de tabac de 30 % d'ici 2025, et 17 pays instaurent actuellement une augmentation des taxes en se fondant sur les directives de l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les pays ont également reçu

un soutien pour mettre à jour leur législation antitabac, notamment à propos des lieux publics sans tabac, des mises en garde sanitaires illustrées et de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage.

L'une des principales activités entreprises a été la sensibilisation aux questions de lutte antitabac, en particulier au protocole de la Convention-cadre de l'OMS et à l'influence de l'industrie sur la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage dans les œuvres de fiction. Dans ce contexte, la mise en œuvre de six projets a été financée par des organisations non gouvernementales et les projets ont été réalisés, s'attaquant à différents aspects de la consommation de tabac dans les œuvres de fiction diffusées sur les réseaux en langue régionale. Deux pays (le Yémen et les Émirats arabes unis) ont été cités dans le *Rapport mondial de l'OMS sur l'épidémie de tabagisme 2015* comme faisant partie des pays ayant le meilleur niveau de réalisation en termes d'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, et l'Arabie saoudite a été mentionnée comme l'un des pays qui appliquent pleinement l'interdiction de consommer du tabac dans les lieux publics. Un appui technique a été fourni pour le renforcement des capacités sur le sevrage tabagique et la ratification du protocole de la Convention-cadre de l'OMS dans les pays du Conseil de coopération du Golfe (CCG). L'Arabie saoudite et l'Iraq sont devenus Parties au protocole de la Convention-cadre de l'OMS et trois nouveaux pays ont rejoint la tête de liste des pays en termes de surveillance (le Koweït, le Pakistan et le Qatar).

La charge du surpoids, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation continue d'augmenter en raison de la transition nutritionnelle, en particulier dans les pays à



↑ **Déclaration politique et mesures recommandées sur la réduction de l'apport en sucre**

revenu intermédiaire et élevé. Dix-sept pays ont adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et surveillent son application. Toutefois, les progrès de la mise en œuvre sont inégaux. Un certain nombre de documents d'orientation générale ont été mis au point pour appuyer l'adoption d'approches multisectorielles durables. Parmi ces documents, on trouve des déclarations de principe et des mesures recommandées pour réduire les apports en sel, en graisses et en sucres ainsi qu'un protocole pour mesurer l'apport en sel grâce à la collecte des urines sur 24 heures.

Les apports en sel actuels dans la Région sont très élevés, avec un niveau moyen de 10 g par personne et par jour dans la plupart des pays. La mise en œuvre de stratégies de réduction du sel progresse dans plusieurs pays, et des comités multisectoriels nationaux ont été établis dans certains pays avec une autorité pour définir des stratégies et contrôler la mise en œuvre d'activités de réduction du sel.

Les estimations des apports en acides gras saturés sont également élevées, avec de nombreux pays dépassant la limite supérieure de 10 %. Des initiatives visant à réduire les graisses totales et les graisses saturées dans les produits alimentaires ont été prises dans plusieurs pays (en Égypte, en Iraq, en République islamique d'Iran et dans les pays du Conseil de coopération du Golfe). Dans la plupart des pays, la participation du secteur industriel reste volontaire et timide. L'étiquetage des aliments pour les graisses, les acides gras saturés, les graisses trans et le sel dans tous les aliments importés ou produits localement est devenu obligatoire dans les pays du Conseil de coopération du Golfe. En Égypte, les premières mesures ont été prises pour réduire la consommation d'huile de palme avec la présentation d'un projet de norme sur l'huile de cuisson subventionnée. Dans plusieurs pays, le secteur privé s'est acheminé vers la production volontaire de produits laitiers à faible teneur en graisses et allégés.

Un projet de modèle de profil nutritionnel a été établi pour guider les pays dans la classification des aliments et boissons en produits « sains » et « nocifs » pour la santé. Un soutien a été fourni, en collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Europe, le Siège de l'OMS et l'Université de Liverpool, à plusieurs pays pour développer une feuille de route provisoire en vue d'accélérer les mesures relatives à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé à travers le renforcement des capacités pour les interventions juridiques. Une série d'activités de sensibilisation ont abouti à un forum ouvert en présence des médias grand public, de célébrités régionales, d'experts des médias et d'organisations de la société civile, qui a débouché sur des recommandations destinées aux secteurs non sanitaires afin de faire face à la commercialisation de produits nocifs auprès des enfants.

En vue de promouvoir l'activité physique, le développement des capacités a été appuyé par les médias et le marketing social, en partenariat avec le Centre collaborateur de l'OMS sur l'activité physique, la nutrition et l'obésité à Sydney (Australie). Le premier cycle, auquel neuf pays ont participé, s'est conclu par l'élaboration, par les représentants des secteurs sanitaires et non sanitaires, de plans de marketing social provisoire de plans médiatiques de masse. Un programme de mentorat à distance sur la mise en œuvre a débuté avec quatre pays (République islamique d'Iran, Koweït, Oman et Maroc). En outre, un manuel a été mis au point pour guider l'inclusion de l'activité physique dans les soins de santé primaires.

Surveillance, suivi et évaluation

La priorité principale pour les États Membres est de mettre en œuvre le cadre de surveillance pour les maladies non transmissibles avec ses trois composantes, à savoir le suivi des facteurs de risque et des déterminants, le traçage de la morbidité et de la mortalité précoce par cause spécifique, et l'évaluation de la réponse et de la performance des systèmes de santé. Les indicateurs inclus dans chacune des trois composantes permettront aux États Membres de suivre les progrès effectués en vue de la réalisation des cibles du plan d'action mondial approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Un module de formation a été mis au point et sera proposé aux pays pour renforcer leurs capacités en matière de surveillance des maladies non transmissibles, et un cours de formation destiné aux formateurs doit être dispensé avant fin 2016.

Un certain nombre d'enquêtes ont été réalisées dans le cadre du suivi des facteurs de risque. Presque tous les pays ont répondu à l'enquête

sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles et plusieurs pays en sont à différents stades de l'enquête STEPS visant à surveiller la charge et les tendances des facteurs de risque, de l'enquête mondiale sur la consommation de tabac chez les adultes et de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac. Le renforcement des capacités dans la surveillance oncologique a été mené en collaboration avec le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) en mettant plus particulièrement l'accent sur la constitution de registres des cancers populationnels dans les pays, tandis qu'un cours régional pour renforcer davantage les capacités de surveillance a été expérimenté et fait actuellement l'objet d'une révision. Ces efforts ont été encore davantage soutenus par la mise en place d'un outil d'évaluation standardisé permettant aux pays d'identifier les obstacles et les opportunités afin d'élargir leur surveillance.

Soins de santé

La réorientation des systèmes de santé vers l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires est une priorité centrale. À partir des recommandations d'une réunion régionale organisée en 2014, un guide a été élaboré afin d'évaluer les composantes du système de santé sous-tendant une intégration efficace. De plus, une révision des données factuelles mondiales a été menée pour appuyer l'élaboration d'une matrice d'options politiques fondée sur les blocs constitutifs des systèmes de santé de l'OMS et adaptées aux besoins des pays. Un ensemble de base d'indicateurs de qualité pour la prise en charge des maladies non transmissibles a été mis au point, dans le cadre d'une initiative régionale pour les mesures de la qualité dans les soins de santé primaires.

Une analyse de la situation régionale en matière de prise en charge des maladies non transmissibles en situation d'urgence a été menée dans cinq pays, en mettant l'accent sur les réfugiés et les personnes déplacées en provenance de République arabe syrienne. Les conclusions de l'analyse ont souligné l'importance d'une approche cohérente axée sur les soins de santé primaires, même en situations d'urgence. Des expériences dans la Région ont également révélé la nécessité de communiquer, en temps voulu, un ensemble normalisé de technologies et de médicaments essentiels. Un kit sanitaire d'urgence pour la prise en charge des maladies non transmissibles a ainsi été mis au point, complétant le kit sanitaire d'urgence inter-institutions.

Des profils de pays ont été établis en indiquant comment chaque pays était prêt à agir dans les cinq domaines stratégiques de la prévention et de la lutte contre le cancer. Les travaux se sont axés sur les capacités à renforcer, premièrement, l'élaboration ou l'évaluation de registres des cancers, et deuxièmement, le développement des soins palliatifs. De nombreux pays ont considérablement investi dans l'organisation de campagnes nationales de dépistage du cancer du sein et de sensibilisation en matière de santé publique. En 2015, l'OMS a fourni un appui technique à l'élaboration de programmes de dépistage et à l'évaluation de campagnes de sensibilisation aux questions de santé publique.

En 2015, le Bureau régional a joué un rôle moteur important dans la promotion d'un cadre de responsabilisation visant à mesurer les progrès accomplis. La contribution des pays a été substantielle pour faire en sorte que les 10 indicateurs mis au point afin de mesurer les progrès soient conformes aux indicateurs du cadre d'action régional. Les pays sont désormais mieux à

même de suivre les progrès et d'en rendre compte, et de satisfaire à la décision qu'ils ont prise de mettre en œuvre les engagements assortis de délais des États Membres : d'ici 2015, définir des cibles nationales et élaborer/renforcer des plans d'action multisectoriels nationaux ; et d'ici 2016, réduire les facteurs de risque et renforcer les systèmes de santé.

L'OMS continuera de travailler avec les États Membres pour accélérer les progrès, qui seront mesurés par les indicateurs de progrès d'ici le prochain examen des Nations Unies en 2018. L'accent sera mis sur le renforcement de la sensibilisation politique et le développement de l'engagement multisectoriel dans la mise en œuvre des dispositions du cadre d'action régional, en adoptant une approche pangouvernementale et en fournissant un soutien technique aux pays.

Santé mentale

Les troubles mentaux, neurologiques et les troubles dus à l'abus de substances psychoactives sont responsables d'une perte de 7,4 % des années de vie ajustées sur l'incapacité (AVCI) et de 22,9 % des années de vie vécues avec une incapacité à travers le monde. La consommation de drogues illicites représente 0,9 % des AVCI perdues dans le monde. Les prévalences standardisées selon l'âge de la pharmacodépendance au cannabis (0,19 %), aux amphétamines (0,25 %), à la cocaïne (0,10 %) et aux opioïdes (0,22 %) dans la Région sont similaires aux estimations mondiales. La Région présente toutefois la plus forte prévalence des troubles mentaux, en particulier des maladies dépressives et des troubles anxieux, de toutes les régions de l'OMS. Ce résultat est presque entièrement dû aux situations d'urgence complexes que connaît la Région. Tandis que tous les pays ont accompli des progrès,

indépendamment de leur revenu national, d'importantes lacunes demeurent en matière de traitement, allant de 76 à 85 % pour les troubles mentaux graves.

Malgré la charge qu'elle représente, la santé mentale continue d'occuper une place mineure parmi les questions politiques et de santé publique, tandis que la stigmatisation qui lui est attachée recouvre tous les aspects des soins de santé mentale, avec une discrimination répandue qui a un impact majeur sur le développement, la prestation et l'utilisation des services. La santé mentale a été pénalisée par un sous-financement chronique et elle connaît ainsi une pénurie de personnels et de services spécialisés. Les compétences des agents de santé généraux et des responsables de la santé mentale se limitent en grande partie à la prestation des soins.

Les soins en institution constituent encore le modèle de soins dominant dans la majorité des pays. Cela limite les capacités de développement du personnel de santé mentale et a conduit à des violations des droits de l'homme. Il existe un manque de données relatives à la recherche et d'informations issues de la Région afin de soutenir la planification stratégique et le développement des services. La santé mentale et l'abus de substances psychoactives commencent toutefois à attirer l'attention, tant sur le plan mondial que régional, et le nombre de pays qui connaissent des situations d'urgence complexes fait augmenter les besoins et la demande en services d'appui.

En 2015, le Comité régional a adopté un cadre régional reposant sur des bases factuelles, mis au point entre 2014 et 2015 par le Bureau régional, en consultation avec les États Membres et des experts de renom internationaux et régionaux. L'objectif du cadre est d'intensifier l'action en

matière de santé mentale et de mettre en pratique le plan d'action global sur la santé mentale 2013-2020. Dans le cadre régional, quatre domaines d'action ont été identifiés : la gouvernance, la prévention, les soins de santé et la surveillance.

Des progrès notables ont été réalisés par certains pays. Dans le domaine de la gouvernance, certains pays (les Émirats arabes unis, le Koweït, le Liban, Oman, le Qatar, la Somalie) ont élaboré ou actualisé leurs stratégies en matière de santé mentale, conformément aux cibles et aux indicateurs mondiaux. Trois pays (l'Afghanistan, l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis) ont revu leurs législations et réglementations de santé mentale conformément aux dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Le programme d'études pour un cours régional sur le leadership en santé mentale a été mis au point et le premier cours a été accueilli par l'Université américaine au Caire (AUC) en septembre 2015.

Dans le secteur des soins de santé, un soutien a été fourni dans un certain nombre de domaines. Plus de la moitié des pays disposent aujourd'hui de programmes mhGAP visant à combler les lacunes au niveau du traitement des problèmes prioritaires de santé mentale à travers une intégration dans les soins de santé primaires. Jusqu'à présent, trois pays (l'Afghanistan, la Jordanie et la Libye) ont initié le projet QualityRights, en se fondant sur les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées pour garantir la qualité des services et le respect des droits du patient dans les établissements psychiatriques. Les services dédiés aux troubles dus à l'abus de substances psychoactives ont été renforcés en Iraq et au Pakistan à travers le renforcement des capacités et le soutien pour la mise en place de centres, en collaboration avec



↑ Cadre régional pour intensifier l'action en santé mentale

l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Des services offrant un traitement de substitution à l'opium ont été mis en place au Pakistan et étendus à d'autres pays, tandis qu'un protocole de réduction des effets nocifs a été mis au point à Oman.

Un soutien a été fourni, en collaboration avec le Siège de l'OMS et des organisations non gouvernementales internationales, aux pays traversant des crises humanitaires pour la santé mentale, et un soutien psychologique en situation d'urgence, à travers le renforcement des capacités techniques des bureaux de pays, ainsi qu'un soutien direct. La version arabe d'un module de formation pour les premiers secours psychologiques a été publiée, et un module sur les interventions psychosociales destiné aux agents de santé non spécialistes en situation d'urgence est actuellement testé sur le terrain.

Dans le domaine de la prévention, la version arabe du rapport mondial sur le suicide a été publiée et lancée en 2014. Une évaluation des ressources et des capacités disponibles pour le diagnostic et la

prise en charge des troubles du spectre autistique a été menée en collaboration avec l'Institut national italien de la santé et l'organisation *Autism Speaks*. Un module de formation sur la santé mentale destiné aux écoles a été finalisé et est actuellement mis à l'essai dans certains pays, alors que des supports d'éducation aux compétences de base et des matériels de formation aux compétences parentales pour les troubles du spectre autistique sont également en cours de finalisation.

Des orientations concernant la mise en place de systèmes pour l'enregistrement des suicides et les informations sur les traitements liés à l'usage de substances psychoactives ont été publiées. Un ensemble de base d'indicateurs de qualité pour les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires ont été mis au point, dans le cadre d'une initiative régionale sur les mesures de qualité des soins de santé primaires.

L'OMS renforcera les liens et la collaboration avec ses partenaires régionaux et mondiaux pour

mettre en œuvre les dispositions du cadre d'action régional dans la Région et mettre en pratique les dispositions du plan d'action global 2013-2020. Elle renforcera sa capacité à fournir un soutien aux pays dans l'examen et l'élaboration de politiques et de stratégies nationales conformément au plan d'action global et se concentrera sur le développement des personnels spécialisés et non spécialisés pour une offre intégrée de soins de santé mentale de qualité. Elle dirigera également l'élaboration d'un module de connaissances et d'une campagne sur la santé mentale pour combattre la stigmatisation rattachée à la santé mentale et à l'abus de substances psychoactives. Elle continuera à aider les pays afin qu'ils étendent leur soutien en faveur de la santé mentale et leur soutien psychosocial dans les situations d'urgence et elle fera également la promotion de la santé mentale à travers des programmes scolaires consacrés à la santé mentale et à la prévention du suicide et des modules de connaissances sur la santé mentale.