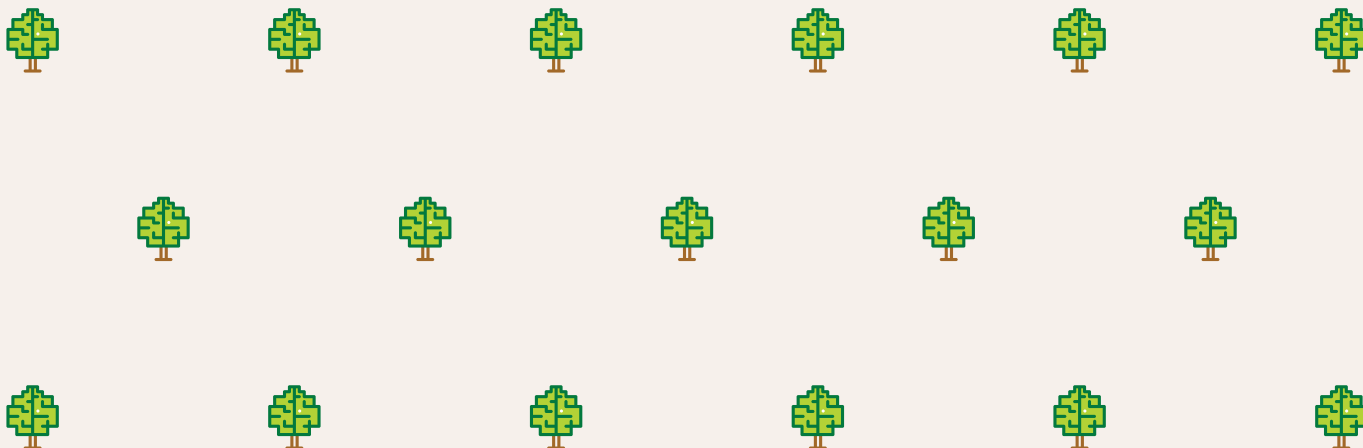


**BREF RAPPORT SUR**

## **LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH**

### **et du personnel des organisations exerçant dans le do- maine du VIH dans la Région européenne de l'OMS**

ENGLISH | FRANÇAIS | ITALIANO | PORTUGUÊS | ROMÂNĂ | РУССКИЙ | УКРАЇНСЬКА



**EA  
TG**

European  
AIDS Treatment  
Group



## Remerciements

Nous tenons à remercier tous les répondant-es de l'enquête pour le temps qu'ils nous ont consacré et les informations qu'ils nous ont fournies. Nous nous efforcerons d'utiliser cette enquête au mieux afin d'améliorer les services de santé mentale destinés aux personnes vivant avec le VIH dans la Région européenne de l'OMS.

Ce travail est le résultat de la collaboration d'un ensemble diversifié de personnes engagées dans l'European AIDS Treatment Group (EATG), que nous remercions ci-dessous:

**Élaboration du questionnaire:** Maryan Said et Miran Šolinc

**Traduction et diffusion de l'enquête:** Mario Cascio, Mihai Lixandru, Viktor Tretiakov, Willian Gomes

**Chargé-es de projet EATG:** Marina Cogneet et Bojan Cigan

**Programme Manager:** Ann-Isabelle Von Lingen

**Groupe consultatif du projet VIH & santé mentale:** Nyambe Mukelabai, Nataliia Moyseeva, Kiromiddin Gulov, Ivana Benković, Mario Cascio

**Analyse des données et préparation du rapport:** Daniel Simões



### Copyright:

© 2021 European AIDS Treatment Group  
Interoffices | Avenue des Arts 56 -4c, 1000 Brussels, Belgium

**Citation proposée:** Simões, D. on behalf of the EATG HIV & Mental Health project team.

*Short report on mental health of People living with HIV and staff of organisations working in the field of HIV in the WHO European Région. Bruxelles, Belgique, Janvier 2021.*

*Le projet VIH et santé mentale a été développé par EATG, et a été rendu possible grâce à des subventions de Gilead Sciences, Merck Sharp et Dohme et ViiV Healthcare Europe Ltd.*

*EATG atteste que les sponsors n'ont eu aucun contrôle ni aucune influence sur la structure ou le contenu de l'initiative.*



## Introduction

Ce rapport présente un résumé des résultats d'une enquête conduite par l'European AIDS Treatment Group, dans le cadre de son projet "VIH & santé mentale" qui vise à explorer les connaissances existantes sur l'interaction entre la santé mentale, le bien-être et le VIH, et à les traduire en recommandations pratiques pour les organisations communautaires et les professionnels de santé dans le contexte européen.

L'enquête a été conçue pour:

- Donner un aperçu du paysage actuel des services de santé mentale disponibles dans les organisations de lutte contre le VIH dans la Région européenne de l'OMS et des problèmes de santé mentale couramment rapportés dans le contexte organisationnel
- Explorer l'état de santé mentale auto-déclaré, les symptômes couramment associés aux troubles de santé mentale, l'impact du VIH sur la santé mentale et l'utilisation des services de santé mentale par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans la Région européenne de l'OMS.

Les résultats présentés ici résument l'ensemble des données générées par l'enquête. Pour des résultats détaillés, y compris des tableaux et des figures, vous pouvez consulter le rapport complet, [disponible ici](#).

Cette enquête exploratoire et transversale visait deux groupes: des PVVIH et des personnes travaillant dans des organisations de lutte contre le VIH aux niveaux local, régional ou international dans la Région européenne de l'OMS. Elle était divisée en deux parties:

- Une première partie comportait huit questions centrées sur des personnes travaillant dans des organisations de lutte contre le VIH. Elle s'enquêrait de la disponibilité des services de santé mentale destinés aux PVVIH, ainsi que de la fréquence des problèmes courants de santé mentale auxquels les personnes interrogées étaient confrontées dans leur travail quotidien.
- Une deuxième partie, centrée sur les PVVIH, avec 40 questions supplémentaires couvrant:
  - Les caractéristiques démographiques (identité de genre, âge, orientation sexuelle, type de lieu de résidence, statut d'emploi et de logement, difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes)
  - Temps écoulé depuis le diagnostic de VIH, statut du traitement et prises de traitement manquées au cours du dernier mois
  - Autoévaluation des connaissances en matière de santé mentale, diagnostic antérieur d'un problème de santé mentale ou expérience de symptômes avant et après le diagnostic; recours actuel ou antérieur à un traitement de santé mentale par un/des des professionnel(s) ou à d'autres services de soutien en santé mentale (y compris le soutien par les pairs)
  - Autoévaluation de l'état de santé mentale et signalement de symptômes généralement associés à la dépression
  - Impact perçu du VIH et de la stigmatisation du VIH sur le bien-être social et émotionnel d'une personne
  - Impact du COVID-19 sur l'état perçu de la santé mentale et soutien en santé mentale reçu pendant la pandémie de COVID-19.

L'enquête a été lancée lors de la Journée mondiale de la santé mentale 2020 (10 octobre) et est restée ouverte aux répondant-es pendant trois semaines, jusqu'au 3 novembre 2020. Elle était disponible en sept langues (anglais, français, italien, portugais, roumain, russe et ukrainien), afin de réduire les barrières linguistiques et de maximiser le nombre de répondant-es dans toute la région.



## 2. Résultats

L'enquête a touché 646 PVVIH des pays de l'UE/EEE (389 répondant-es; 14 pays) et des pays de la Région non-membres de l'UE/EEE (257 répondant-es; 13 pays). Au total, 359 personnes travaillant dans des organisations de lutte contre le VIH ont répondu à l'enquête,<sup>1</sup> 187 dans les pays de l'UE/EEE et 172 dans les pays hors UE/EEE.

### 2.1 Personnes travaillant dans des organisations de lutte contre le VIH dans la Région européenne de l'OMS

87,7% des répondant-es de l'UE/EEE et 89% des répondant-es hors UE/EEE se présentant comme faisant partie d'une organisation de lutte contre le VIH ont déclaré faire partie d'une population-clé ou d'une organisation communautaire.

Les problèmes de santé mentale se présentant le plus fréquemment dans leur cadre de travail étaient la dépression (64%), l'anxiété (68,4%), l'isolement/la solitude (59%) et le sentiment de honte (51,3%), tous rapportés par plus de la moitié des participants. Venaient ensuite l'auto-culpabilisation (46,3%) et les troubles du sommeil (38,6%). La consommation nocive et régulière de drogues et d'alcool a, elle aussi, été rapportée fréquemment (39,5%). Le nombre de répondant-es rapportant des idées suicidaires a été exceptionnellement élevé, en particulier dans les pays de l'Est (14% UE/EEE; 28,5% hors UE/EEE).

Les services de soutien en santé mentale, fournis par les organisations aux personnes vivant avec le VIH, étaient principalement le soutien assuré par les pairs (65,5%), le soutien psychologique (60,4%), ainsi que les groupes de soutien (51,5%). D'une manière générale, la disponibilité de ces trois types de services semble plus élevée dans la partie orientale de l'Europe, tandis que les séances de thérapie sont rapportées, à mesure égale, dans les deux parties de la Région.

En ce qui concerne les ressources, outils ou services de santé mentale, considérés comme manquants dans leurs organisations, 41,2% des répondant-es estimaient que le soutien psychologique faisait défaut, et 59,5% réclamaient davantage de séances de thérapie. Les pourcentages sont similaires d'une région à l'autre, bien que légèrement plus faibles parmi les répondant-es hors UE/EEE. L'existence de systèmes d'orientation pour les réponses aux problèmes de santé mentale, bien que mentionnée moins fréquemment, était également considérée comme nécessaire par 35% des répondant-es.

Selon les répondant-es des pays de l'UE/EEE, les services qui manquaient le plus souvent étaient les séances de thérapie (51,5%) et le soutien psychologique (42,9%), les systèmes d'orientation les suivant de près (38,7%). La situation semble similaire pour les répondant-es de pays hors UE/EEE, bien que la thérapie ait été plus souvent rapportée par eux comme manquante (68,2%) et que le soutien psychologique l'ait moins été (39,2%). Les systèmes d'orientation ont été rapportés comme manquants par 31,1% des participants.

Plus de la moitié des répondant-es de l'UE/EEE (53,5%) et des répondant-es hors UE/EEE (54,8%) ont fait part d'une augmentation des problèmes de santé mentale dans le cadre de leur travail pendant la pandémie de COVID-19.

En ce qui concerne la prestation de services durant la pandémie, 56,6% des répondant-es hors UE/EEE et 20,9% des répondant-es de l'UE/EEE ont rapporté avoir fourni leurs services habituels de soutien psychologique. Ces résultats pourraient avoir été influencés par les différentes mesures de confinement et restrictions dans les pays de l'UE/EEE et hors UE/EEE, et des délais différents pour leur mise en œuvre.

Le soutien psychologique et le soutien par les pairs en ligne sont les services les plus rapportés, par 62,1% et 55,6% des répondant-es des pays hors UE/EEE, et 36,9% et 33,2% des répondant-es de l'UE/EEE. Des séances de thérapie en ligne ont été proposées par 11,8% (UE/EEE) et par 11,2% (hors UE/EEE) des organisations des répondant-es, soit moins de la moitié de celles ayant rapporté des réorientations (23,5% UE/EEE; 39,1% hors UE/EEE).

1 Les catégories ne s'excluent pas mutuellement; un même répondant peut être inclus dans les deux sous-échantillons.



Les organisations fournissant leurs services habituels ont apparemment à leur disposition des options de soutien psychologique et de soutien par les pairs (tous deux non-professionnels), principalement en ligne, puis de systèmes d'orientation vers d'autres services. Celles ne fournissant pas leurs services habituels semblent avoir mis en place des systèmes d'orientation dans la plupart des cas, parallèlement au soutien psychologique et au soutien par les pairs en ligne. La thérapie en ligne s'est révélée rarement disponible, bien qu'elle l'ait été un peu plus, semble-t-il, parmi les organisations mettant en place de nouveaux services.

Les autres services offerts pendant la pandémie de COVID-19 comprennent les visites à domicile, la livraison de repas, le retrait des traitements anti-VIH pour les personnes ne pouvant se rendre à l'hôpital, l'envoi des traitements anti-VIH par voie postale, un refuge d'urgence (pour les situations de violence), l'accueil d'autres personnes dans le besoin, le soutien en ligne pour lutter contre l'isolement et assurer un soutien économique, entre autres.

## 2.2 PVVIH

### 2.2.1 Caractéristiques démographiques

Les répondantes vivant avec le VIH étaient majoritairement des hommes et des femmes cisgenres (57% et 37%, respectivement), s'auto-identifiant comme hétérosexuel·les (52%) ou gays/lesbiennes (41%), et déclarant résider principalement dans les capitales (32%) ou dans d'autres grandes villes (24%).

Les tranches d'âge entre 30 et 49 ans représentaient plus de 60% de l'échantillon. La plupart des répondant·es avaient terminé leurs études secondaires ou supérieures (85,1%), le plus souvent à l'université (38,1%) ou dans un autre établissement d'enseignement supérieur (21,2%). La majorité des répondant·es (66,9%) occupaient un emploi, et étaient soit locataires (34,7%) soit propriétaires (45,4%) de leur logement.

Les répondant·es étaient réparties de manière équivalente en termes de temps écoulé depuis le diagnostic de VIH (23,1-24,1% pour toutes les catégories), à l'exception des personnes diagnostiquées depuis moins d'un an (5,51%). 87,2% ont déclaré être sous thérapie antirétrovirale et avoir une charge virale indétectable, ce qui correspond à peu près aux 89,8% qui déclarent n'avoir manqué aucune prise de médicaments dans le dernier mois, ou n'en avoir manqué qu'une ou deux.

### 2.2.2 Utilisation des services de santé mentale, recherche d'aide, et diagnostic ou expérience de symptômes liés à des troubles de la santé mentale

La plupart des répondant·es (53,8%) ont déclaré n'avoir jamais subi d'examen de santé mentale, cette proportion étant plus élevée dans les pays hors UE/EEE (64,8%, contre 47% dans l'UE/EEE).

Seules 31,7% des PVVIH des pays de l'UE/EEE et 23,2% des PVVIH des pays hors UE/EEE ont rapporté avoir déjà reçu un traitement pour des troubles mentaux, bien que 55% de l'échantillon global aient mentionné des symptômes ou un diagnostic de santé mentale à la suite de leur diagnostic de VIH (**Tableau 1**).

Les causes du faible niveau de déclarations de traitements de troubles mentaux peuvent varier et représenter un domaine à explorer à l'avenir, plusieurs facteurs pouvant influencer cette décision, tels le manque de connaissances, le manque de disponibilité, les contraintes financières, les difficultés à accepter la nécessité d'un soutien en santé mentale et même la stigmatisation de la santé mentale et/ou du VIH.

En outre, les PVVIH des pays hors UE/EEE ont rapporté des difficultés d'accès au traitement dans 22,9% des cas (55 personnes), tandis que ce pourcentage était de 12% pour ce qui concerne les répondant·es de l'UE/EEE.

Parmi celles qui avaient déjà suivi un traitement/une thérapie, le pourcentage de celles rapportant des difficultés à y accéder passe à 19,5% chez les répondant·es de l'UE/EEE, et à 32,7% chez ceux des pays hors UE/EEE. De futures recherches permettraient de comprendre le type de difficultés d'accès rapporté.



Si l'on examine lesquelles des répondant·es ont demandé de l'aide (**Tableau 2**), les travailleurs sociaux et les psychologues ne représentent que 22,4% des réponses (22,7% UE/EEE; 21,9% hors UE/EEE). Les sources d'aide les plus rapportées sont la famille/les proches (de façon beaucoup plus prononcée chez les répondant·es hors UE/EEE - 41,1% - contre 27,1% chez ceux des pays hors UE/EEE) et les amis (57,7% UE/EEE; 41,1% hors UE/EEE). Viennent ensuite les organisations de lutte contre le VIH (13% UE/EEE; 16,1% hors UE/EEE), les médecins généralistes (11,9% UE/EEE; 3,1% hors UE/EEE) et les cliniciens/infirmiers spécialisés dans le VIH (12,2% UE/EEE; 9,4% hors UE/EEE).

### 2.2.3 Autoévaluation de la santé mentale et déclaration de symptômes généralement associés à la dépression

La plupart des répondant·es font part d'une santé mentale plutôt bonne (30,9%) ou moyenne (37,8%), bien que des différences aient été observées entre les répondant·es de l'UE/EEE et les répondant·es hors UE/EEE. Dans l'UE/EEE, 38,4% des répondant·es ont estimé que leur santé mentale était bonne. Cela a aussi été le cas pour 18,9% des PVVIH dans les pays d'Europe de l'Est. De même, tandis que 3,3% des répondant·es de l'UE/EEE et 14,1% de ceux hors UE/EEE ont fait état d'une mauvaise santé mentale, 12,3% (UE/EEE) et 19,4% (hors UE/EEE) ont rapporté une santé mentale plutôt mauvaise.

Les répondant·es ont également été invités à déclarer l'apparition de symptômes communément associés à la dépression qui, généralement, était plus fréquente chez les personnes déclarant un état de santé mentale moins bon. La proportion des répondant·es signalant certains de ces symptômes passe de plus de 50% dans les deux échantillons pour les troubles du sommeil, la réduction de la qualité de la concentration, la perte de mémoire (61,4%/65,6% pour les hors UE/EEE; 80%/91,7% dans l'UE/EEE), à plus de 90% pour l'anhédonie (91% et 91,7% dans l'UE/EEE; 81,8% et 93,8% hors UE/EEE).

Des déclarations directes sur le fait de se sentir d'humeur particulièrement sombre, abattu·e ou déprimé·e pendant plus de deux semaines consécutives sont observées chez 73,3% (UE/EEE) et 59,1% (hors UE/EEE) des répondant·es rapportant une santé mentale "plutôt mauvaise", et chez 100% (UE/EEE) et 78,1% (hors UE/EEE) de ceux rapportant une santé mentale "mauvaise". De même, les déclarations d'idées suicidaires ou d'auto-destruction sont observées parmi 68,9% (UE/EEE) et 54,5% (hors UE/EEE) des répondant·es ayant rapporté une santé mentale "plutôt mauvaise", et parmi 91,7% (UE/EEE) et 75% (hors UE/EEE) de ceux ayant rapporté une santé mentale "mauvaise".

Ces résultats étayaient l'existence d'un poids extrêmement élevé de troubles de santé mentale parmi les PVVIH dans toute la Région européenne, bien supérieur à celui de la population générale en Europe, documenté à hauteur de 17,3% en 2018.<sup>2</sup>

Malgré le niveau élevé de symptômes déclarés, 63,7% des répondant·es ont déclaré n'avoir pas consulté un spécialiste au cours des six derniers mois pour une aide ou un soutien psychologique (**Tableau 3**). Parmi ceux ayant déclaré en avoir consulté un, 14,7% évoquent un·e pair·e conseiller·e (24,3% hors UE/EEE; 8,9% UE/EEE), tandis que 11,8% évoquent un·e thérapeute privé·e (14,7% UE/EEE; 7,1% hors UE/EEE), et 6,5% un thérapiste rencontré par le biais d'une organisation de lutte contre le VIH (8,1% hors UE/EEE; 5,5% UE/EEE).

En outre, plus de la moitié (51,5%) des PVVIH ont déclaré se sentir mal à propos de leur statut sérologique et considèrent que le VIH a eu une influence négative sur leur capacité à s'engager dans des relations et des activités sociales (55,9%), et sur leur vie sexuelle (56%). 63,4% considèrent que la stigmatisation du VIH a eu un rôle négatif sur leur bien-être mental (**Tableau 4**).

Les répondant·es de l'UE/EEE ont rapporté que le VIH a eu un impact sur ces dimensions, plus fréquemment que leurs homologues des pays hors UE/EEE.

2 [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance\\_eur-2018-en.pdf?expires=1612482538&id=id&accname=guest&checksum=7993A9D86557E11D6CE3450336F48968](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1612482538&id=id&accname=guest&checksum=7993A9D86557E11D6CE3450336F48968)



#### 2.2.4 Disponibilité des services de santé mentale pour les PVVIH dans leur ville de résidence

Dans l'ensemble, 42,7% de l'échantillon ont fait part de la disponibilité d'un certain type de service de soutien psycho-émotionnel proche de leur lieu de résidence (40,3% UE/EEE; 46,7% hors UE/EEE), tandis que 22,7% ont indiqué leur non-disponibilité et que 34,5% ne pouvaient se prononcer.

Nous soulignons que malgré le pourcentage apparemment élevé de personnes rapportant la disponibilité des services, plus de la moitié de l'échantillon ont indiqué que ces services n'étaient pas disponibles ou que leur existence leur était inconnue. Si l'on considère que l'échantillon est principalement composé de personnes vivant dans une capitale ou dans d'autres grandes villes, de même que de personnes généralement bien éduquées, ces pourcentages pourraient diminuer chez les personnes vivant avec le VIH les plus vulnérables.

Le **Tableau 5** montre la disponibilité rapportée des services de santé mentale dans les villes de résidence (rapportée par les PVVIH), et les services fournis (rapportés par les travailleurs des organisations). Les données déclarées laissent entrevoir un faible niveau de connaissances des PVVIH concernant les services disponibles, avec 43,6% des répondant-es déclarant ne pas savoir si des services de santé mentale sont disponibles (50% des PVVIH dans l'UE/EEE; 33,5% des PVVIH hors UE/EEE).

L'existence d'un soutien psychologique était connue de 29,6% des répondant-es (37,9% hors UE/EEE; 24,4% UE/EEE), alors qu'elle était rapportée par 52% des personnes travaillant dans les organisations de lutte contre le VIH (53,5% UE/EEE; 49,8% hors UE/EEE).

La thérapie a été rapportée comme disponible par 9,4% des répondant-es (8,9% UE/EEE; 10,1% hors UE/EEE), tandis que plus de la moitié des travailleurs des organisations ont déclaré que ce service était disponible dans leurs organisations (50% UE/EEE; 57,6% hors UE/EEE), et que les groupes d'aide étaient considérés comme disponibles par 31% des PVVIH (25,3% UE/EEE; 40,1% hors UE/EEE) et par 40,1% des travailleurs des organisations (38,9% UE/EEE; 41,9% hors UE/EEE).

#### 2.2.5 Impact du COVID-19 sur la santé mentale

Près de la moitié des répondantes (50% UE/EEE; 46,4% hors UE/EEE) ont rapporté un impact négatif du confinement dû au COVID-19 sur leur santé mentale, tandis que 39,2% des répondant-es de l'UE/EEE et 35,7% des répondant-es hors UE/EEE ont déclaré que le confinement n'a pas eu d'impact négatif sur leur santé mentale. En outre, 29,5% des PVVIH de l'UE/EEE et 28,2% de celles hors UE/EEE ont déclaré que la période de confinement avait réactivé ou aggravé des problèmes de santé mentale antérieurs.

Il n'existe aucun moyen d'évaluer si cet impact a été plus fort que celui ressenti dans d'autres groupes de population (y compris la population générale) en l'absence d'élément de comparaison, mais du point de vue de l'accès aux services de soutien pour ces situations de détérioration de la santé mentale, 67,1% des PVVIH dans les pays de l'UE/EEE et 63,2% des PVVIH des pays hors UE/EEE ont déclaré n'avoir reçu aucun type de soutien. 34,1% ont déclaré avoir reçu un soutien uniquement de la part de leur famille ou de leurs amis, tandis que 21,2% ont déclaré l'avoir obtenu uniquement d'organisations de lutte contre le VIH, et 7,1% de leur centre de soin du VIH.



### 3. Remarques finales

Les données de l'enquête suggèrent que le poids de la santé mentale parmi les PVVIH dans la Région européenne de l'OMS est beaucoup plus élevé que celui qui existe dans la population générale. Si nous tenons compte de la stigmatisation et de la discrimination, toujours rapportées en pourcentages élevés, il semble évident que ces sujets doivent rester des domaines fortement prioritaires dans les activités de l'EATG et d'autres organisations et individus travaillant dans le champ du VIH.

Bien que l'enquête ait réussi à atteindre des PVVIH de différents pays, son format en ligne et ses voies de diffusion auront laissé de côté bien des PVVIH, en particulier celles qui ont un moindre accès à l'information, moins de contacts avec les organisations de lutte contre le VIH, un accès limité à internet et probablement moins de capacités financières et/ou un moindre niveau d'éducation. Cela signifie que les PVVIH les plus mal servies n'auront probablement pas été incluses dans cet échantillon.

La connaissance des services de soutien en santé mentale existants et les réponses des PVVIH concernant leur disponibilité diffèrent considérablement des réponses travailleurs des organisations de lutte contre le sida en la matière. Compte tenu des niveaux inquiétants de symptômes et de diagnostics rapportés en réponse à de nombreuses questions de l'enquête, il semble évident qu'investir dans la cartographie et la diffusion à grande échelle des services disponibles constitue une intervention relativement simple pouvant contribuer à combler rapidement une partie de ce déficit de connaissances.

Cet effort devrait être accompagné d'une définition claire, tant au niveau interne qu'à celui de la communication externe, des types spécifiques de services de soutien disponibles.

Si le rôle des services de soutien en santé mentale assurés par les pairs et par la communauté est sans aucun doute extrêmement important, comme l'est celui des réseaux de soutien social (famille et amis), la terminologie relative à la santé mentale et aux services ayant rapport avec elle varie tout au long du questionnaire, et des définitions claires des types de services sont absentes, ce qui complexifie la tâche d'une identification claire des lacunes (soutien psychologique, services psycho-émotionnels, etc.).

Concernant les réponses en santé mentale, la contrainte supplémentaire de la pandémie de COVID-19 sur des services déjà surchargés auparavant a démontré que les services disponibles sont non seulement insuffisamment distribués, mais manquent aussi d'envergure.

De nombreuses personnes ont vu leur santé mentale se détériorer au cours de la pandémie. Pour certaines d'entre elles, cette détérioration a été aggravée par des expériences, vécues avant l'épidémie, de stigmatisation et de discrimination liées à la fois au VIH et à la santé mentale. Par conséquent, tenter d'accroître la disponibilité des services et la volonté de les financer, en ne s'appuyant que sur des réponses hautement différenciées des professionnels de santé mentale n'est pas durable. De plus, de nombreuses personnes n'auront pas besoin de thérapie de longue durée ou de médicaments psychiatriques à vie pour améliorer leur santé mentale, ce qui signifie qu'il existe des opportunités pour des interventions moins exigeantes, tant sur le plan technique que financier.

De ce fait, les interventions communautaires ont un rôle-clé à jouer dans la réponse à la santé mentale, tout en nécessitant une approche beaucoup plus structurée et articulée que celle qui a prévalu jusqu'à présent.

Les modèles de soins échelonnés, à commencer par des interventions à bas seuil, dispensées par des travailleurs non professionnels formés, qui disposent d'outils pour effectuer un triage de "première ligne" et qui ont accès à des réseaux d'orientation vers des réponses progressivement plus différenciées, jusqu'au traitement psychiatrique pour ceux qui en ont besoin, sont, d'un point de vue conceptuel, plus faciles à mettre en œuvre, moins coûteux et capables d'apporter une réponse de qualité à des personnes présentant des problèmes de santé mentale variés, des symptômes légers aux pathologies diagnostiquées.





Cependant, leur adoption exigera une refonte des systèmes existants et un changement dans la façon dont nous considérons la santé mentale et dont nous devons répondre aux problèmes de santé mentale qui se posent. Cela exigera aussi une collaboration structurée avec les professionnels de la santé mentale et leurs associations réglementaires, les décideurs, les agences et les donateurs, dans le but de renforcer le statut prioritaire de la santé mentale dans le débat général sur la santé, de sélectionner, de former et de mettre en œuvre des outils et des modèles de services de dispensation appropriés à l'échelle nationale et locale, et bien sûr, d'assurer leur financement adéquat et leur durabilité.

Si les organisations communautaires ont la volonté de jouer un rôle significatif dans cette riposte, il est nécessaire qu'elles reconnaissent leurs limites actuelles et qu'elles ne confondent pas le rôle qu'elles peuvent jouer dans le triage et le soutien émotionnel, avec la nécessité de fournir un soutien professionnel, en santé mentale, à un large éventail de personnes.



## Tableaux

**Tableau 1 - Diagnostic autodéclaré de troubles de la santé mentale ou expérience de symptômes de troubles de la santé mentale avant et après le diagnostic du VIH**

		Avant le diagnostic du VIH				Après le diagnostic du VIH			
		Sous-région			Manquant	Sous-région			Manquant
		EU/EEA	Europe Non-UE/EEE	Total		EU/EEA	Europe Non-UE/EEE	Total	
Oui	N	142	118	<b>260</b>	40	215	150	<b>365</b>	39
	% dans la région	37.6%	47.8%	<b>41.6%</b>		56.6%	61.0%	<b>58.3%</b>	
Non	N	228	117	<b>345</b>		153	91	<b>244</b>	
	% dans la région	60.3%	47.4%	<b>55.2%</b>		40.3%	37.0%	<b>39.0%</b>	
Je ne me souviens pas	N	8	12	<b>20</b>		12	5	<b>17</b>	
	% dans la région	2.1%	4.9%	<b>3.2%</b>		3.2%	2.0%	<b>2.7%</b>	
Total	N	378	247	<b>625</b>		380	246	<b>626</b>	
		100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>		100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	

**Tableau 2 - Sources d'aide auto-rapportées pour les problèmes de santé mentale**

		Sous-région			Manquant
		EU/EEA	Europe Non-UE/EEE	Total	
Famille/proches	N	98	92	<b>190</b>	80
	% dans la région	27.1%	41.1%	<b>32.5%</b>	
Ami-es	N	207	92	<b>299</b>	
	% dans la région	57.3%	41.1%	<b>51.1%</b>	
Organisations de lutte contre le VIH	N	47	36	<b>83</b>	
	% dans la région	13.0%	16.1%	<b>14.2%</b>	
Médecin généraliste	N	43	7	<b>50</b>	
	% dans la région	11.9%	3.1%	<b>8.5%</b>	
Centre de référence VIH ou Infirmière au centre VIH	N	44	21	<b>65</b>	
	% dans la région	12.2%	9.4%	<b>11.1%</b>	
Travailleur/euse social ou Psychologue	N	82	49	<b>131</b>	
	% dans la région	22.7%	21.9%	<b>22.4%</b>	
Autre	N	60	43	<b>103</b>	
	% dans la région	16.6%	19.2%	<b>17.6%</b>	



**Tableau 3 - Visites à des spécialistes concernant des problèmes de santé mentale au cours des 6 derniers mois**

		Sous-région		Total	Manquant
		EU/EEA	Europe Non-UE/EEE		
Psychologue / Thérapeute privé-e	N	51	15	<b>66</b>	108
	% dans la région	14.7%	7.1%	<b>11.8%</b>	
Intervenant-e en santé mentale au centre / à la clinique VIH	N	22	7	<b>29</b>	108
	% dans la région	6.3%	3.3%	<b>5.2%</b>	
Pair (par le biais d'organisations communautaires de lutte contre le VIH)	N	31	51	<b>82</b>	108
	% dans la région	8.9%	24.3%	<b>14.7%</b>	
Psychologue / Thérapeute (par l'intermédiaire d'organisations de lutte contre le VIH)	N	19	17	<b>36</b>	108
	% dans la région	5.5%	8.1%	<b>6.5%</b>	
Autre	N	14	14	<b>28</b>	108
	% dans la région	4.0%	6.7%	<b>5.0%</b>	
Aucun	N	228	127	<b>355</b>	108

**Tableau 4 - Impact perçu du VIH sur le bien-être social et émotionnel**

			Sous-région		Total	Manquant
			EU/EEA	Europe Non-UE/EEE		
<b>Vous vous sentez mal dans votre peau, par rapport à votre statut VIH, ou bien vous avez l'impression d'être un échec, ou d'avoir laissé tomber vos proches et vous-mêmes</b>	Oui	N	201	113	<b>314</b>	55
		% dans la région	53.9%	47.7%	<b>51.5%</b>	
<b>Pensez-vous que vivre avec le VIH a eu un impact négatif sur votre capacité à vous engager dans des relations et des activités sociales?</b>	Oui	N	242	100	<b>342</b>	53
		% dans la région	64.5%	42.2%	<b>55.9%</b>	
	Je ne sais pas	N	34	28	<b>62</b>	
		% dans la région	9.1%	11.8%	<b>10.1%</b>	
<b>Pensez-vous que vivre avec le VIH a eu un impact sur votre vie sexuelle?</b>	Oui	N	215	128	<b>343</b>	53
		% dans la région	57.3%	54.0%	<b>56.0%</b>	
	Je ne sais pas	N	27	8	<b>35</b>	
		% dans la région	7.2%	3.4%	<b>5.7%</b>	
<b>Pensez-vous que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont joué un rôle négatif sur votre bien-être mental?</b>	Yes	N	251	133	<b>384</b>	59
		% dans la région	67.7%	56.6%	<b>63.4%</b>	



**Tableau 5 - Services de santé mentale fournis par les organisations locales/régionales (rapportés par les PVVIH) et services fournis (auto-déclarés) par personnel des organisations exerçant dans le domaine du VIH**

PVVIH: Votre ou vos organisations locales ou régionales de lutte contre le VIH fournissent-elles des services de santé mentale spécifiques aux personnes vivant avec le VIH?		Sous-région			Manquant	Org: Votre organisation fournit-elle des services de santé mentale spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH		Sous-région			Manquant	
		UE/EEE	Europe Non-UE/EEE	Total				UE/EEE	Europe Non-UE/EEE	Total		
Soutien psychologique	N	88	86	<b>174</b>	78	Soutien psychologique	N	169	101	<b>270</b>	146	
	% dans la région	24.4%	37.9%	<b>29.6%</b>			% dans la région	53.5%	49.8%	<b>52.0%</b>		
Thérapie	N	32	23	<b>55</b>		Séances de thérapie	N	158	117	<b>275</b>		
	% dans la région	8.9%	10.1%	<b>9.4%</b>			% dans la région	50.0%	57.6%	<b>53.0%</b>		
Soutien par les pairs	N	95	105	<b>200</b>		Recommandations de personnes vivant avec le VIH à d'autres professionnel-le-s de la santé	N	91	50	<b>141</b>		
	% dans la région	26.4%	46.3%	<b>34.1%</b>			% dans la région	28.8%	24.6%	<b>27.2%</b>		
Groupes de parole	N	91	91	<b>182</b>		Groupes de parole	N	123	85	<b>208</b>		
	% dans la région	25.3%	40.1%	<b>31.0%</b>			% dans la région	38.9%	41.9%	<b>40.1%</b>		
Aucun	N	25	16	<b>41</b>		Autres	N	27	14	<b>41</b>		
	% dans la région	6.9%	7.0%	<b>7.0%</b>			% dans la région	8.5%	6.9%	<b>7.9%</b>		
Je ne sais pas	N	180	76	<b>256</b>								
	% dans la région	50.0%	33.5%	<b>43.6%</b>								



### **À propos du Groupe Européen pour le Traitement du SIDA:**

Le Groupe Européen pour le Traitement du SIDA (EATG) est une organisation de patients qui défend les droits et les intérêts des personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA et les co-infections associées dans la région Europe de l'OMS. Fondé en 1992, l'EATG est un réseau de plus de 150 membres issus de 45 pays d'Europe. Nos membres sont des personnes vivant avec le VIH et des représentant.es de différentes communautés touchées par le VIH/SIDA et les co-infections. L'EATG représente la diversité de plus de 2,3 millions de personnes vivant avec le VIH en Europe ainsi que les personnes affectées par le VIH/SIDA et les co-infections.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site [www.eatg.org](http://www.eatg.org)