



Évaluation participative de l'état de santé mentale et des besoins des populations clés
dans cinq pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord.



MENAHR

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA
HARM REDUCTION ASSOCIATION

Remerciements	1
Liste des abréviations	1-2
A- Introduction	3
B- Contexte	4
C- Données probantes mondiales et pratiques exemplaires	5-6
D- Méthodologie	7-8
E- Évaluation de la situation par pays	9-10
1- L'Égypte	
a. Contexte	9-10
b. Constatations	11-17
2- Jordanie	
a. Contexte	18-19
b. Constatations	20-22
3- Liban	
a. Contexte	23-24
b. Constatations	25-31
4- Maroc	
a. Contexte	32-33
b. Constatations	34-38
5- Tunisie	
a. Contexte	39-40
b. Constatations	41-42
F- Limites	43
G- Réflexions et recommandations pour la région	44-46
H- Conclusion	47
Annexe	
Annexe 1 - Guide de l'informateur et structure de l'entretien	48-50
Annexe 2 - Consentement éclairé.	51-52
Références	53-57

Remerciements

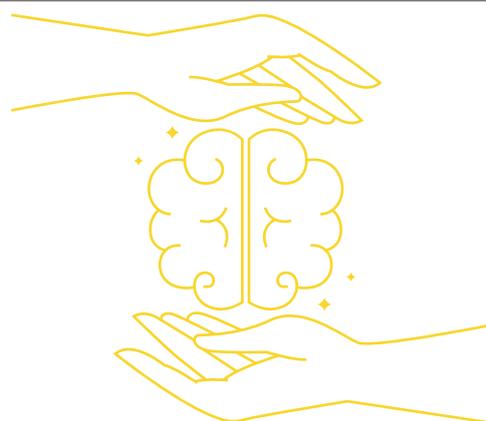
Ce document a été rédigé par le professeur Joseph El-Khoury, Mme Sara Abu Fakhr et Mme Karen Youssef en tant qu'évaluation participative de l'état de santé mentale et des besoins des populations clés dans 5 pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord.

MENAHRA tient à remercier tous les participants et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce document. Ce document a été élaboré avec le soutien du Fonds mondial.

Liste des abréviations

TDAH: Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
ATIOST: Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie
ATL: Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le Sida
ATUPRETT: Association Tunisienne de Prévention contre la Toxicomanie
TTC: Thérapie Comportementale Cognitive
COVID-19: L'épidémie de Coronavirus 2019
OSC: Organisations de la Société Civile
SGSM: Secrétariat Général de la Santé Mentale
PSS: Prestataires de Soins de Santé
VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
IC: Informateur-clé
EIC: Entretien avec un Informateur-clé
PC: Population clé

LGBTQ: Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres et Queer
MENA: Moyen-Orient et Afrique du Nord
MENAHRA: Association de Réduction des Risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord
MENAPLUS: Moyen-Orient et Afrique du Nord Plus
MENAROSA: Moyen-Orient et Afrique du Nord - Rosa
MSP: Ministère de la Santé Publique
MSPH: Ministère de la Santé Publique
HSH: Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes
PNLS: Plans Nationaux Stratégiques de Lutte contre le Sida
ONG: Organisations Non Gouvernementales
PNP: Professionnels de la Santé Mentale Non Spécialisés
TSO: Traitement de Substitution aux Opiacés
TUO: Trouble lié à l'Usage d'Opiacés
PVVIH: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
PUO: Personnes utilisatrices d'opiacés
PVVIH: Personnes Vivant avec le VIH
SAMHSA : Administration des Services de Santé Mentale et d'Abus de Substances
SIDC: Société pour l'Inclusion et le Développement dans les Communautés et les Soins pour Tous
TUS: Trouble lié à l'Usage de Substances
ONUDD: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OMS: Organisation Mondiale de la Santé



A- Introduction

Des rapports antérieurs ont mis en évidence le lien épidémiologique entre l'utilisation de drogues injectables et la propagation du VIH/sida.

Environ 11 millions de personnes utilisent des drogues par voie intraveineuse dans le monde (**ONUDC, 2022**).

Le nombre de patients vivants avec le VIH/sida est estimé à 38 millions aujourd'hui dans le monde (**OMS, 2022**).

Les deux conditions portent un fardeau psychologique et émotionnel séparément et parallèlement.

À notre connaissance, ce rapport est le premier à mettre directement en lumière les besoins en santé mentale de deux populations clés (**PC**) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord dans une perspective de réduction des risques : les personnes utilisatrices d'opiacés et les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (**VIH/SIDA**) (**PVVIH**).

Ces deux populations se chevauchent de plusieurs façons. L'approche de réduction des risques a servi leur santé et leur bien-être pendant des décennies grâce à la prestation de services et aux cam-

campagnes de sensibilisation (**MENAHRA, 2017**). Compte tenu de la stigmatisation entourant les deux populations dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (**MENA**), les organisations non gouvernementales (**ONG**) de réduction des risques sont souvent la principale, sinon la seule, source d'information et de prestation de services pour ces populations.

Le présent rapport tente de consolider les connaissances sur ce sujet. Il est divisé en deux parties : Une partie contextuelle qui donne un aperçu de la perspective internationale de la santé mentale pour les deux populations susmentionnées.

La situation dans chaque pays est ensuite examinée au moyen d'une recension des écrits et d'une analyse thématique résultant d'une consultation proactive de parties prenantes sélectionnées.

Une discussion générale avec des recommandations pour la région conclut le rapport

B- Contexte

Malgré le progrès achevé dans le domaine des soins de santé mentale, stimulé par les progrès dans la compréhension de son étiologie et l'amélioration des interventions disponibles, plusieurs lacunes importantes demeurent.

Cela touche notamment les populations les plus vulnérables, en particulier dans les pays du Sud.

Les populations considérées comme vulnérables varient d'un pays à l'autre, mais comprennent généralement les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances (**TUS**), de **PVVIH** et d'autres personnes appartenant à des minorités sexuelles, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (**HSH**).

Souvent, ces catégories se chevauchent et compliquent davantage la situation. Dès 2004, des experts du domaine ont lancé un appel à l'action pour la prestation de services ciblés (**O'Brien et coll., 2004**).

Le chevauchement entre ces populations varie également d'un pays à l'autre.

La région MENA, qui se compose principalement de pays arabes, est une région où la sensibilisation aux besoins en santé mentale et les investissements subséquents dans la réponse et l'intervention ont pris du retard sur d'autres parties du monde.

Avec des ressources relativement limitées, les initiatives de réduction des risques ont en quelque sorte contribué à réduire le fardeau de l'utilisation d'opiacés sur les individus et les communautés. Lorsque le lien entre l'utilisation d'opiacés et le VIH/sida est important, il a été démontré que les interventions ciblant un groupe ont un impact positif global, par exemple du point de vue de la transmission virale. D'autre part, la santé mentale des PC en particulier, que ce soit sous forme de réduction des symptômes ou de bien-être général, est rarement une cible principale désignée. Par conséquent, le thème de la santé mentale et du bien-être psychologique mérite d'être exploré davantage dans les pays de la région où un éventail diversifié de services ou de campagnes de réduction des risques ont été actifs. Ceux-ci incluent les pays choisis pour ce rapport : **Egypte, Jordanie, Liban, Maroc, Tunisie..**

C- Données probantes mondiales et pratiques exemplaires.

Les tentatives de formuler des recommandations pour répondre aux besoins en santé mentale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui utilisent de drogues et qui appartiennent également à la communauté lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre et queer + (LGBTQ+) sont très spécifiques au contexte.

Dans les pays où le **VIH/sida** est étroitement lié à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse, il est généralement possible de les traiter comme une seule entité et dans un seul contexte (Buckingham et coll., 2013).

Il a été démontré que le traitement de substitution aux opioïdes (**TSO**) réduit avec succès l'exposition au VIH/sida dans tous les niveaux de revenu, ce qui confirme les liens étroits entre le trouble lié à l'utilisation d'opiacés (**TUO**) et la maladie (**Lawrinson et coll., 2008**). Les deux troubles partagent les mêmes exigences en matière de vie privée, de confidentialité et de sensibilité culturelle (Avis de la SAMHSA, 2021).

Le trouble lié à l'utilisation d'opiacés est inclus dans les classifications officielles dans la catégorie des troubles liés à l'utilisation de drogues qui couvre toute substance psychoactive et toutes ses conséquences négatives possibles sur une personne, y compris la dépendance et la toxicomanie.

Des enquêtes mondiales révèlent que l'utilisation des services de santé mentale par les patients TUS est faible.

Elle est légèrement plus élevée lorsque ce trouble est concomitant avec un autre trouble psychiatrique, comme la dépression, l'anxiété ou autre (**Harris et coll., 2019**).

Aux États-Unis, où des enquêtes nationales régulières sont menées, plus la maladie psychiatrique concomitante est grave, plus le traitement est susceptible d'être disponible. Mais beaucoup de personnes sont partis sans recevoir aucune forme de traitement, que ce soit pharmacologique ou psychothérapeutique. L'un des principaux obstacles au traitement était son coût financier (**Novak, 2018**).

Un concept utile pour aborder la santé mentale et la toxicomanie est celui du « double diagnostic ». Il englobe trois groupes distincts de patients :

1-Patients dont la santé mentale est affectée négativement par l'utilisation de drogues. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne dépressive qui consomme de l'alcool, ce qui aggrave son état dépressif.

2-Patients dont l'utilisation de drogues est déclenchée par leur diagnostic mental. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne qui utilise les benzodiazépines sans supervision médicale pour atténuer son anxiété.

3-Patients pour lesquels l'interaction entre la toxicomanie et le trouble psychiatrique n'est pas clairement établie. Il pourrait s'agir d'un patient atteint de psychose qui utilise régulièrement du cannabis et qui a de fréquentes rechutes.

Dans un certain nombre de pays développés, des services spécialisés de double diagnostic (ou « double trouble ») ont été mis en place afin de répondre globalement aux besoins d'au moins un de ces trois groupes (Adan et Torrens, 2021). Les cas de double diagnostic sont relatifs à des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à la toxicomanie, peu importe le trouble primaire ou secondaire. La mise en œuvre et la durabilité de ces services ont été incohérentes et ont fait l'objet de critiques. (Pacini et al., 2020).

En général, les soins intégrés sont considérés comme l'étalon-or pour le traitement, alors qu'en réalité, ils ont tendance à se produire en parallèle (c.-à-d. fournis par des cliniciens ou des équipes cliniques distinctes travaillant simultanément) ou en série (Traitement ou, au moins, stabilisation de l'utilisation de drogues, puis évaluation d'autres troubles psychiatriques).

Un intérêt plus récent pour l'association entre l'utilisation de drogues et les troubles psychiatriques a porté sur l'automédication à l'aide de médicaments d'ordonnance ou de drogues de rue pour traiter le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH).

Cet intérêt s'est accru dans le contexte d'une reconnaissance que le TDAH peut persister ou même être diagnostiqué de nouveau à l'âge adulte.

Le dépistage et le traitement médical structuré pour cette affection sont maintenant recommandés dans les lignes directrices mises à jour (Van de Glind et coll., 2020) (Icick et coll., 2020).



D- Méthodologie

Le rapport s'appuyait sur deux approches distinctes. Premièrement, un examen de la portée de la documentation disponible sur le sujet a été entrepris à l'aide de bases de données scientifiques accessibles au public (**Google Scholar, Pubmed**) à l'aide des mots de recherche suivants: « trouble lié à l'utilisation de drogues », « trouble lié à l'utilisation d'opiacés », « TMO », « toxicomanie », « santé mentale », « dépression », « anxiété », « psychose », « VIH », « sida », « réduction des risques » .

De plus, nous nous sommes renseignés sur toute documentation grise, comme les rapports internes et les données non publiées.

These were then screened and filtered by our subject experts for relevance.

Ils ont ensuite été filtrés par nos experts selon leurs pertinences.

Deuxièmement, une composante participative à l'aide d'entrevues semi-structurées avec des informateurs clés (**IC**) dans les cinq pays désignés au moyen d'un échantillonnage en boule de neige, en commençant par les personnes et les organisations pré-identifiées directement impliquées dans les domaines de la défense des droits, des soins cliniques, des politiques, développement et prestation de services.

Cela a été jugé nécessaire compte tenu de la sensibilité du sujet et de la difficulté de recruter ouvertement.

Nous avons suivi la méthode de l'approche qualitative. Précautions particulières pour assurer la sécurité, l'autonomie et la confidentialité des participants. Des entrevues ont été menées auprès de divers participants, notamment des patients, des psychologues, des psychiatres, des spécialistes des maladies infectieuses et d'autres cliniciens, ainsi que des gestionnaires et des agents de soutien par les pairs des ONG et des responsables politiques/représentants gouvernementaux des ministères de la Santé publique et de la Santé.

Nous avons interviewé 22 personnes sur un total de 24 prospects, deux personnes participant à une entrevue par deux. La répartition entre les sexes était de 42 % pour les hommes et de 58 % pour les femmes.

Les questions d'entrevue ont été soigneusement conçues pour établir les

besoins en santé mentale et les défis des populations clés (PC) qui souffrent de TUO, appartiennent aux minorités sexuelles et aux PVVIH. Les entretiens étaient semi-structurés et ouverts afin que les participants puissent exprimer leurs opinions et partager leurs expériences d'une manière plus ouverte et libre, ce qui était essentiel pour cette étude. Cela a également aidé à apprendre de nouveaux aspects des participants sélectionnés. Les questions ont été formulées de façon à aider à recueillir des données appropriées et de grande qualité de façon appropriée et efficace. Les entretiens semi-structurés ont eu lieu via Zoom.

Chaque entretien a duré 30 à 40 minutes.

Les collecteurs de données ont informé les participants des objectifs de l'étude et de leur droit de refuser de participer, et ont ensuite obtenu leurs consentements ou l'assentiment verbal avant toute collecte de données et avant l'enregistrement, ont anonymisé les données pour protéger la confidentialité et ont utilisé des fichiers protégés par des mots de passe.

Les enregistrements des entretiens seront supprimés après trois ans. Les questions d'entretien ont porté sur divers aspects de la santé mentale des PC ciblés, comme les perceptions de la santé mentale, les causes et les facteurs de risque des problèmes de santé mentale, les défis à relever pour accéder aux services de santé mentale, les services disponibles et ceux dont les PC ont besoin dans les cinq pays.

Certains participants parlaient couramment l'anglais, mais la plupart d'entre eux étaient libres de s'exprimer dans leur langue maternelle. Ainsi, toutes les questions ont été préparées en anglais, et l'entretien a été mené en arabe et traduit en anglais pendant la transcription. Les entretiens ont été enregistrés après avoir obtenu le consentement et transcrits.

Les données ont été analysées au moyen d'une analyse thématique, et les thèmes ont été générés à partir des données pour répondre aux questions de recherche. Une première lecture des transcriptions a permis l'élaboration d'une liste préliminaire de thèmes émergents.

Les thèmes mis en évidence étaient les perceptions sur la santé mentale, les facteurs actuels contribuant à la réussite de la prestation des services de santé mentale aux PC, les causes et les facteurs de risque de la santé mentale, les besoins en santé mentale parmi les PC, l'incidence du manque de services de santé mentale sur les PC.

Les données ont été anonymisées par pays au moyen d'un codage numérique des participants et les données ont ensuite été organisées en catégories et ont permis d'identifier les relations entre les catégories, ce qui a permis de comprendre les tendances explicatives. explanatory patterns.

E- Évaluation de la situation par pays

1- L'Égypte

a. Contexte

Les chocs mondiaux cumulatifs qui se sont produits au cours des dernières années, y compris la pandémie de coronavirus de 2019 (**COVID-19**), la guerre en Ukraine et la crise des réfugiés, ont eu une incidence sur les tentatives de croissance économique et de développement de l'Égypte. Selon la base de données de la Banque mondiale, l'inflation urbaine et l'inflation mesurée par l'indice de référence se sont accélérées à **13,1 % et 13,7 %** respectivement entre mars et août 2022 (**Banque mondiale, 2022**).

Le fardeau sur le niveau de vie de la population s'accompagne d'un besoin accru de soins de santé mentale. Au cours des dernières décennies, l'Égypte a fait des progrès considérables dans l'amélioration des services de santé mentale.

La Loi sur la santé mentale de 2009 (**Okasha et al., 2022**) a entraîné des changements majeurs dans le pays, notamment des investissements plus élevés dans les services de santé mentale, une augmentation des campagnes de sensibilisation, ainsi que des progrès dans l'éducation et la formation dans le domaine de la santé mentale.

Selon le dernier rapport, le Secrétariat général de la santé mentale (**SGSM**) compte 18 hôpitaux et centres qui fournissent des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie dans 13 gouvernorats.

Cependant, des lacunes importantes sont encore présentes : les hôpitaux psychiatriques sont principalement centrés dans les zones urbaines ; les services de santé mentale sont insuffisants pour cibler les enfants et les adolescents ; et la stigmatisation et la discrimination constituent toujours un obstacle énorme à la recherche et à l'approche de ces services.

La stigmatisation des personnes atteintes d'un TUS est encore plus prononcée. L'humiliation est un facteur important de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de stress dans cette population (**Mohammed Ali, 2019**).

Les stéréotypes associés à la consommation de substances, ainsi que la honte, le rejet et le manque de soutien social ont été contrés par certaines interventions de santé publique et campagnes de sensibilisation en Égypte.

La stigmatisation et la discrimination visaient non seulement les toxicomanes, mais aussi les personnes porteuses du virus du VIH/sida. Cela a empêché les patients atteints du VIH d'accéder à des soins médicaux, ce qui a de graves conséquences sur leur santé physique (Galal et coll., 2022).

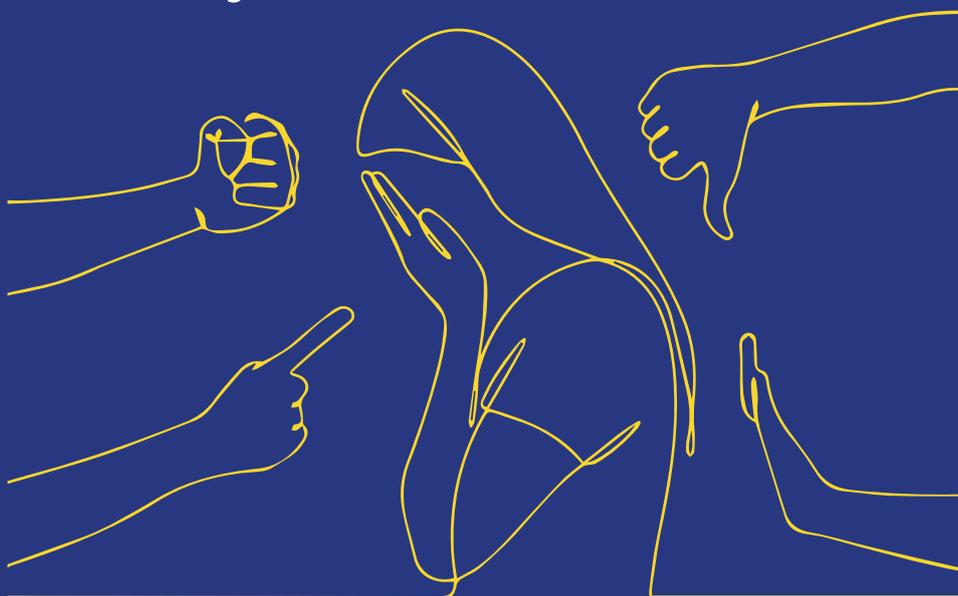
En ce qui concerne la santé mentale, des études ciblant les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Égypte ont montré que cette population a toujours souffert et continue de souffrir d'insatisfaction à l'égard des services liés au VIH en raison de la stigmatisation (Ballouz et al., 2020) (Elsharkawy et coll., 2022).

Lorsqu'on effectue des recherches sur les besoins en santé mentale et les services offerts à la communauté LGBTQ+ en Égypte, peu ou pas de recherche est accessible au public.

D'après ce que l'on sait des groupes de sensibilisation aux droits, la communauté LGBTQ+ fait face à d'importantes contestations judiciaires de la part des forces de sécurité, notamment le piégeage, les détentions prolongées et la torture.

Cela exclut l'exil social des familles, des groupes d'amis, des emplois, etc.

Ces facteurs sont tous des facteurs connus de détresse et de maladie mentale dont cette communauté est susceptible de souffrir et qui doivent être explorés davantage.



b. Constatations :

Nos IC provenaient de divers milieux dont la plupart ont convenu que la stigmatisation et la discrimination majeurs étaient le principal facteur de risque pour les problèmes de santé mentale en Égypte. Ils ont confirmé que les PC souffrent d'être stigmatisés par les membres de leur famille, la société et, le plus souvent, les prestataires de soins de santé (PSS). Dans les milieux de soins de santé, les personnes vivant avec le VIH ont un double fardeau, le fardeau de la maladie elle-même ; le virus avec toutes ses manifestations physiques, et le fardeau de la stigmatisation et de la discrimination de ceux qui sont censés prendre soin d'elles. Le médecin lui-même a refusé de me permettre de participer à une autre consultation, alors c'est l'une des choses auxquelles j'ai été personnellement exposé, et la stigmatisation, le système de santé est la chose la plus stigmatisante » (IC 6).

« L'idée de stigmatisation rend très difficile pour eux de se faire traiter. Parce qu'au fil des ans, les centres de traitement sont en eux-mêmes stigmatisants en raison du concept culturel au sein de la société en général construit dans les villes qui sont considérées comme des zones rurales non au milieu du pays ou dans le centre du peuple (IC 21).

En outre, les IC ont identifié le besoin de services dédiés aux

femmes violentées, en particulier parmi les PVVIH exposés à la violence et au harcèlement :

« Ce que je voulais dire, c'est que les fournisseurs de services sont là, mais que cette question n'est pas une priorité pour eux et, en même temps, selon notre tradition, ici, en Égypte, lorsqu'une femme adopte des comportements à risque pour la santé ou qu'elle l'a été. Elle a été victime de harcèlement, quel qu'il soit, surtout de harcèlement sexuel.

Elle a honte d'aller faire un rapport et nous devrions travailler des deux côtés. Nous devrions travailler sur les psychiatres eux-mêmes en tant que fournisseurs de services et clients potentiels qui pourraient être la cible » (IC 3b).

Quelques IC ont mentionné que les discours haineux sont courants contre les LGBTQ+ dans les médias et qu'ils sont aggravés par le harcèlement actif des organismes officiels qui utilisent les applications de datation comme méthodes de piégeage.

Parallèlement, les personnes utilisatrices d'opiacés (PUO) ne sont ni acceptées ni soutenues financièrement par leur famille ou leurs milieux sociaux. Ils s'engagent aussi dans l'auto-rejet en se retirant de la société. Les IC ont expliqué que cela s'est traduit par des activités et des crimes illégaux afin de financer leur consommation

d'opiacés, ce qui entraîne d'autres préjudices sociaux. Les IC ont signalé qu'une grande proportion des PC souffrent de comorbidités psychiatriques, comme la dépression. Des efforts devraient être faits pour réintégrer les PC dans la communauté aux niveaux micro et macro communautaire. L'acceptabilité devrait commencer par la personne elle-même.

Selon les entrevues avec les informateurs clés (EIC), les PC ont besoin de soutien pour être capable de prendre conscience de leur situation afin de mieux comprendre comment la gérer et s'adapter à long terme. Commencer au niveau de la micro-communauté avec les membres de la famille qui devraient être rassurés quant au risque d'infection et encouragés à traiter la maladie comme tout autre problème médical chronique. Ce type de sensibilisation est déjà pratiqué à Caritas où le PC est invité à inviter un partenaire/ami/membre de la famille à participer au plan de soins. Cela allège le fardeau psychologique au sein du cercle social direct des PC, comme l'indiquait IC 6 : « **Mes parents ont fourni un soutien un peu suffisant, et j'avais le soutien des gens autour de moi... (5:31) vraiment un grand soutien.** »

Quant à l'intégration sociale au niveau macro, elle inclut les prestataires de soins de santé et la communauté au sens large. Tous les IC ont indiqué que, jusqu'au jour de la rédaction, la santé mentale n'était pas un domaine d'intervention prioritaire pour la plupart des prestataires de soins de santé et dans la plupart des milieux de santé. Il reste du travail à faire pour accroître le nombre de professionnels de la santé spécialisés et mobiliser ceux qui sont disponibles en les formant sur la façon d'offrir des services sans stigmatisation. « **Même dans les centres de traitement, les hôpitaux privés et publics, le patient est traité comme s'il était moins, pas comme un patient et la situation dans laquelle il se trouve n'est pas en son pouvoir** » (IC 18).

« **Je pense qu'ils ne sont pas assez habiles parce que je suis allé voir un psychiatre et je lui ai dit que j'avais le VIH ; il m'a demandé de partir** » (IC 6).

En outre, la majorité des IC ont souligné qu'il y a également plus d'espace pour sensibiliser le public à des sujets comme l'abus de drogues, l'utilisation d'opiacés, la disponibilité des traitements et l'importance de la psychothérapie.



De plus, les IC ont suggéré de sensibiliser les parents et les adolescents par l'entremise d'émissions de télévision, d'écoles et d'universités. Selon les IC, des messages de sensibilisation spécifiques devraient être diffusés dans la communauté sur le fait que les PVVIH et les PUO sont des patients qui ont besoin d'aide et de soins. Dans le cas des PUO, plus de sensibilisation devrait être accordé au fait que certaines actions des PC sont en réponse à une dépendance et non à un choix de style de vie volontaire.

Le deuxième obstacle important à la prestation des services de santé mentale pour les PC qui est ressorti des entrevues était les obstacles juridiques. Il n'existe aucune loi ou politique qui préconise ou protège la santé mentale des PC. De plus, sur le plan juridique, il y a un écart entre les dispositions légales et ce qui se passe sur le terrain, surtout en ce qui concerne les PSS. Les droits à la santé de chaque citoyen, indépendamment de la couleur, la race, la religion, ou toute autre condition est consacrée dans la constitution égyptienne. Néanmoins, les toxicomanes sont criminalisés et même les PVVIH et les personnes LGBTQ+ sont largement victimes de discrimination lorsqu'ils demandent des soins ou du soutien.

Un IC a expliqué que, théoriquement, les lois établies réglementent le traitement des PUO et des PVVIH. Pourtant, en application, les PUO sont criminalisés par d'autres ensembles de lois et sont rarement soutenus par les ONG. Par exemple, la « loi sur les drogues », qui devrait être appliquée sous la supervision du ministère de la Justice et du ministère de l'Intérieur en collaboration avec le ministère de la Santé (MOH), garantit que toute personne arrêtée pour un problème de toxicomanie, bénéficie d'une alternative à la mise en accusation et l'emprisonnement sous forme de traitement et de réhabilitation.

Un autre exemple est la loi 71, qui a été adoptée en 2009 et qui cible les malades mentaux et les toxicomanes, appuie une approche axée sur la collaboration avec le patient et le principe suivant : la confidentialité. Elle garantit également le droit du patient en ce qui concerne l'héritage. D'après les discussions avec les IC, ces deux lois progressistes visent à rationaliser la gestion des cas de toxicomanie. Pourtant, ni l'un ni l'autre ne sont vraiment mis en œuvre. Quant aux PVVIH, un centre de conseil juridique est disponible dans quelques ONGs comme Caritas qui a une unité juridique trouvée seulement à Alexandrie où elle forme un groupe d'avocats afin d'encourager l'environnement juridique.

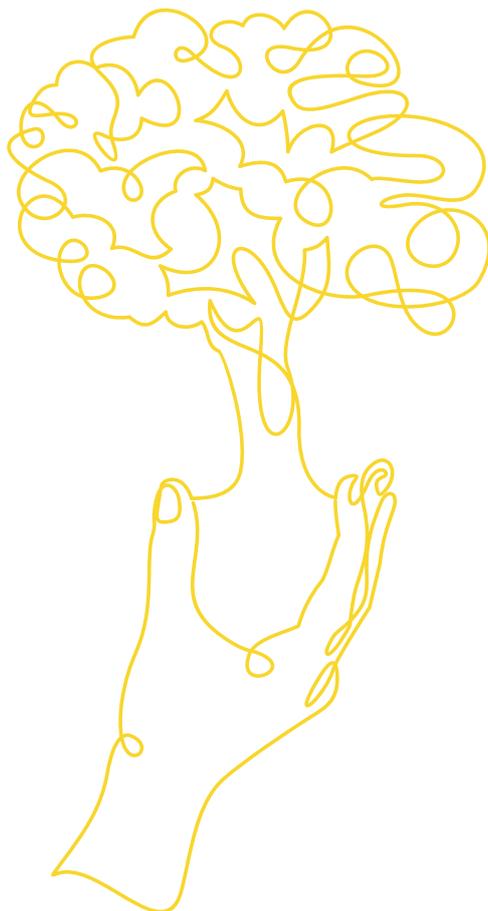
Pour ce qui est de l'accès aux soins, les progrès sont lents. La réduction des risques était pratiquement inexistante partout au pays.

Les PUO pouvaient obtenir des opiacés sur le marché noir ou décider de s'arrêter, en restant à la maison ou en se rendant dans un centre d'abstinence où le traitement principal était une cure de désintoxication.

La trousse de prévention distribuée par un petit nombre d'ONG ne comprend pas le traitement de substitution ni la naloxone. Aucun de ces médicaments n'est inclus dans un plan de traitement standard pour la dépendance aux opiacés.

Un protocole d'accord sur la prestation du **TSO** n'a été signé que récemment et n'a pas encore été mis en œuvre. Pour la plupart des IC, la sécurisation du **TSO** est une nécessité. Les IC ont également insisté sur le fait que la prestation de traitements aux utilisateurs d'opiacés et des conseils et de la psychothérapie, réduira les listes d'attente à l'échelle nationale et améliorera la qualité des soins.

Plus important encore, les IC ont souligné la nécessité de sécuriser le médicament qui prévient les surdoses (**injections de naloxone**), qui n'est pas actuellement disponible dans les pharmacies en Egypte, mais seulement dans certains centres de toxicologie.



Le manque de financement pour les services de santé mentale a été soulevé comme un défi, de nombreux indicateurs clés soulignant une réduction du financement des services de santé mentale récemment. Bien que les réseaux de plaidoyer travaillent dans de nombreux pays arabes, le sujet reste délicat.

Très peu **d'ONGs** sont donc en mesure de fournir des services psychologiques de manière cohérente. Les exceptions incluent le conseil psychologique et le soutien de groupe par Caritas pour les PVVIH, et la psychothérapie par des psychologues externes à travers l'organisation du Moyen-Orient et l'Afrique du Nord - **Rosa (MENAROSA)**.

Les IC ont également recommandé un dialogue entre les ONGs et également entre les ONGs et les autorités.

L'accent a été mis sur l'amélioration de la collaboration dans les rôles de sensibilisation des PC dans le but de diriger davantage de personnes vers le traitement. « La population clé ou ceux qui ont des problèmes de toxicomanie sont les adolescents.

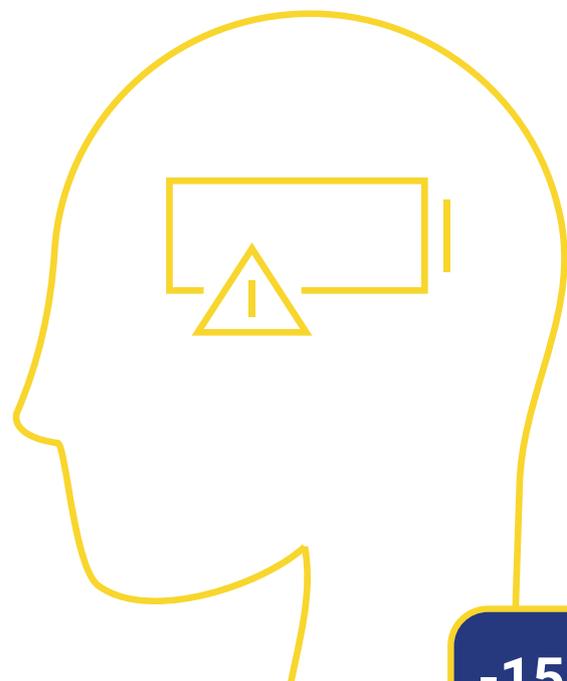
La plupart de ceux qui commencent à avoir une dépendance, il y en a certains qui n'ont pas fait de tests, alors il devient plus difficile de les dépister ou de trouver le problème plus tôt » (IC 21).

Les entrevues ont porté sur la disponibilité des services dans les secteurs public et privé.

Certaines initiatives ont été mises en œuvre par le gouvernement et les quelques organisations de la société civile (**OSC**) intéressées pour fournir des services de santé mentale.

Leur impact est difficile à évaluer, mais l'ampleur de ces efforts n'est certainement pas suffisante pour combler l'écart en matière de santé mentale. Les IC ont indiqué que l'Égypte ne compte que trois hôpitaux considérés comme offrant de services de santé mentale de bonne qualité.

Ces hôpitaux sont concentrés dans les grandes villes principalement au Caire et Maamoura dans le centre et sont dotés d'un personnel multidisciplinaire composé de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, et d'autres prestataires de soins de santé.



Ils collaborent dans le cadre d'un plan de traitement pour les personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une dépendance.

Les programmes d'abstinence ou le traitement par détoxification souvent en combinaison avec la thérapie comportementale cognitive (TCC) et la thérapie de groupe sont prioritaires.

La pratique du « **soutien par les pairs** » est disponible dans les hôpitaux Hummiyat (حميات) uniquement au Caire et à Alexandrie pour les **PVVIH**.

Quant aux centres gouvernementaux, un IC a rapporté que bien que l'Egypte ait 28 gouvernorats, il y a seulement 20 centres professionnels de santé mentale/ centres de toxicomanie.

Cela signifie que des gouvernorats entiers ne fournissent pas de soins spécialisés, ce qui a une incidence sur la qualité de vie et la santé de leurs populations. Les régions rurales sont les plus mal desservies et n'ont pas de couverture géographique appropriée des services de santé mentale. Un responsable a également expliqué que dans les centres gouvernementaux disponibles, la capacité du service hospitalier pour le traitement de la toxicomanie ne correspond pas au besoin. Il est donc plus difficile pour beaucoup de gens d'accéder aux services et d'être aiguillés vers un traitement ambulatoire. Selon l'un des IC, l'approche gouvernementale a maintenant été améliorée avec l'introduction d'une garderie. À leur avis, il s'agit d'un niveau de soins de transition qui était grandement nécessaire et qui aide à combler l'écart entre les soins aux patients hospitalisés et aux patients externes, réduisant ainsi les taux d'abandon et de rechute.

Ajoutons à cela que des programmes relativement nouveaux ont été mentionnés par un IC comme étant actuellement mis en œuvre par le Ministère, comme « **Taafi** », un programme fondé sur des données probantes qui repose sur la TCC et la gestion du traitement de la toxicomanie dans les hôpitaux publics.

Il est considéré comme communautaire parce qu'il est adapté pour correspondre et compléter les ressources communautaires que les hôpitaux et les centres ont.

Pourtant, peu d'informateurs clés ont signalé qu'il n'y avait pas d'hôpital psychiatrique ou de service psychiatrique dans les hôpitaux publics égyptiens.

De plus, un IC a indiqué qu'il existe une bouée de sauvetage nationale pour le traitement de la toxicomanie qui offre un traitement à très bas prix, ce qui a augmenté l'accès au traitement en milieu hospitalier et a causé de très longues listes d'attente.

D'autre part, la majorité des IC ont mentionné qu'ils ne savaient pas que des services de santé mentale ou de counseling particuliers étaient offerts aux PVVIH, sauf dans les ONG comme MSF, où les bénéficiaires sont des ressortissants égyptiens et des réfugiés.

Une petite clinique ouvre une fois par semaine, mais selon quelques IC, l'utilisation et l'impact sont difficiles à évaluer.

Le secteur privé, qui est inabordable pour la grande majorité de la population, offre des services spécialisés dans des installations réparties dans tout le pays. Tous les IC se sont dits préoccupés par le fait que cela nécessite d'aider les gens qui ont en besoin à cause des dépenses doubles, soit le transport, car le service est loin et le coût des services.

J'avais l'habitude de me faire soigner. À un moment donné, je voulais arrêter ma dépendance et j'allais à une séance. Cela m'a coûté plus de 20\$ en plus des frais de transport qui s'élèveraient à 30-40\$. C'était pour une séance, à part la transpiration, la fatigue et l'attente. C'était un gros problème » (IC 15).



a. Contexte

Un rapport récemment publié par l'OMS a montré une pression générale accrue sur le système de santé en Jordanie.

La Jordanie est confrontée à plusieurs défis en raison de l'escalade du nombre de réfugiés, ainsi que de ses préoccupations démographiques et épidémiologiques internes.

En termes d'épidémie de VIH, la Jordanie affiche l'un des taux de prévalence les plus bas au niveau mondial, estimé à 0,02 %, dans la population générale.

Il ne semble pas non plus associé à l'utilisation d'opiacés ou de substances en général.

Selon un rapport de l'Association de Réduction des Risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (**MENAHRA**), 1 943 tests de dépistage du VIH ont été effectués dans des centres de réadaptation entre 2012 et 2013, où tous les patients ont été testés négatifs pour le VIH (**MENAHRA, 2017**).

Pourtant, le bien-être des PVVIH en Jordanie est encore largement ignoré, car les besoins psychologiques, sociaux ou financiers de cette population sont mal desservis par rapport à ses besoins physiques (**Algaralleh et al., 2020**).

Les HSH étant l'un des groupes à risque les plus cachés pour le VIH, on sait peu de choses sur leur niveau de sensibilisation et leur comportement lié à la prévention.

Dans une étude menée auprès des HSH, la stigmatisation s'est avérée être un obstacle majeur à la recherche de tests et de traitements. À l'échelle de la population en général, la mauvaise compréhension du VIH était encore évidente.

L'intégration de l'éducation et de la sensibilisation aux maladies au niveau communautaire doit être abordée pour encourager les personnes infectées à chercher le traitement approprié (**Abu Moghli et al., 2017**).

Les efforts pour couvrir cette question comprenaient les Plans nationaux stratégiques de lutte contre le sida (**PNLS**), qui sont pour la plupart confiés à des ONG locales couvrant environ 10 gouvernorats. Avec la crise des réfugiés susmentionnée, l'attention portée à la cause du **VIH** a diminué et les investissements dans les services de réduction des risques ont diminué.

En ce qui concerne la consommation de substances, plusieurs questions juridiques doivent être réglées. Dans une étude portant sur les patients jordaniens atteints de **TSU**, les résultats ont montré que les pharmacies communautaires ont joué un rôle majeur dans la fourniture de médicaments d'ordonnance illégitimes aux patients atteints de **TSU** et ont appelé à renforcer les protocoles et à réexaminer la légalisation de certains médicaments comme les benzodiazépines (**Yasin et coll., 2020**).

De plus, le pays a adopté une approche rigoureuse contre la consommation de drogues.

En vertu de la loi jordanienne, les consommateurs de drogues ont les mêmes droits que tous les citoyens jordaniens arrêtés, mais les abus de pouvoir sont monnaie courante dans le traitement de cette population (**MENAHRA, 2021**).

Cette dégradation des droits de l'homme joue un grand rôle dans la vie des toxicomanes jordaniens et dans leur santé mentale.

Pour ce qui est de son système de soins de santé mentale, la Jordanie a un programme de soins psychiatriques relativement solide qui est soutenu activement par le ministère de la Santé jordanien.

Il est également préconisé par un mouvement en faveur de la santé mentale qui exige un accès accru aux soins de santé mentale en soins de santé primaires (**SSP**).

Le Plan d'action national en matière de santé mentale et de toxicomanie vise à renforcer les services de santé mentale dans le pays tout en appuyant la stratégie nationale de lutte contre la consommation de drogues (**OMS et ministère de la Santé, 2020**).

Il travaille également à améliorer la disponibilité des soins liés à la consommation de substances, comme la désintoxication et les TSO.



b. Constatations:

Les entretiens avec les informateurs clés (EIC) en Jordanie ont indiqué que la stigmatisation, la discrimination et la qualité des services de santé mentale sont les deux principaux fardeaux qui causent des problèmes de santé mentale aux PC. Les personnes vivant avec le VIH sont stigmatisées par leur famille, leurs amis et les professionnels de la santé.

Comme l'a indiqué l'un des IC, les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement confrontées à un déni de service au point de soins. Les services d'accouchement ont été cités en exemple, car les PSS évitent habituellement ces cas. « **L'important, c'est qu'ils ne voulaient pas m'aider avec ma livraison. J'ai essayé 5 médecins différents qui étaient très connus dans mon pays et ils n'ont pas accepté d'accoucher mon bébé.** » (IC 14).

Les PVVIH courent également un risque élevé de perdre leur emploi ou d'être sans emploi, surtout si le travail nécessite un test de dépistage. « En perdant leur droit au travail, il n'y a pas une seule personne qui vit avec le VIH et qui peut en parler et être encore au travail, la nation rejette et refuse d'employer des personnes vivant avec le VIH, par conséquent, le cas des personnes

vivant avec le VIH est le plus compliqué et le plus vulnérable à la violation des droits » (IC 16).

Le point de vue des CSO sur la LGBTQ+ est fortement influencé par la culture dominante du pays qui considère le sujet des rapports sexuels comme un tabou.

Ainsi, les IC ont expliqué qu'en raison de ce fait, les personnes LGBTQ+ sont rejetées et donc considérées victimes de discrimination sociale.

Selon les IC, l'intégration sociale des PC commence dans la société et ne se termine pas au sein des institutions législatives « **Nous avons besoin de plus de travail pour sensibiliser la société, de plus de travail avec les influenceurs sociaux, les leaders sociaux, les membres du clergé, les médias, les gouvernements.**

Nous devons travailler davantage sur les définitions des droits de l'homme et travailler sur les bases des lois et non sur les bases sociales ou individuelles et sur les bases du système social » (IC 16).

En ce qui concerne la prestation de services, les IC ont expliqué que la prestation de services de santé mentale aux PC en Jordanie était faible. MENAROSA et le Centre Sawaed ont été mentionnés par les

très rares ONG qui travaillent dans le domaine de la santé mentale.

MENAROSA fournit un soutien psychologique (en groupe et un à un), et le centre Sawaed fournit en plus de ce qui précède, le soutien des psychiatres et des spécialistes dans les consultations de toxicomanie.

Les centres gouvernementaux comme Mashoura fournissent des services de santé mentale en particulier pour les PVVIH. Plus d'un IC ont décrit le service dans ce centre comme décourageant pour les PC qui cherchent des consultations en santé mentale.

Peu d'IC ont ajouté qu'ils ne connaissaient pas de centres offrant des services de santé mentale qui les soutiendraient psychologiquement.

Ils croyaient aussi qu'ils ne prennent conscience des conséquences de leur état de santé que très tard « il y a de l'ignorance, personne ne sait ce qu'est le VIH. Même moi, je n'aurais pas su si ne n'avais pas assisté aux formations organisées, je ne l'aurais pas compris » (IC 14).

IContrairement à l'évaluation officielle, la Jordanie a été décrite comme manquant de spécialistes dans le domaine de la santé mentale « Mais nous avons besoin de psychologues, nous avons besoin de psychologues dans le centre honnêtement.

Nous en avons vraiment besoin. N'eût été de ce que fait MENAROSA et Sawaed, nous serions vraiment ignorés. Parlons de ceux qui vivent avec la maladie, nous sommes méprisés dans la société. »

Les IC ont expliqué que la majorité des OSC disponibles n'interviennent que dans le domaine de la sensibilisation à l'utilisation de drogues.

Ces OSC mettent en œuvre des programmes éducatifs visant à sensibiliser la population à la prévention de l'utilisation de drogues.

Selon IC 16, « [...] les organisations de la société civile travaillent pour la prévention des drogues et offrent des programmes éducatifs qui ne sont pas fondés sur les connaissances scientifiques ».

Les IC ont souligné l'importance de ces types d'interventions, tout en recommandant que les programmes de sensibilisation soient fondés sur les données probantes, les connaissances scientifiques et les protocoles disponibles.

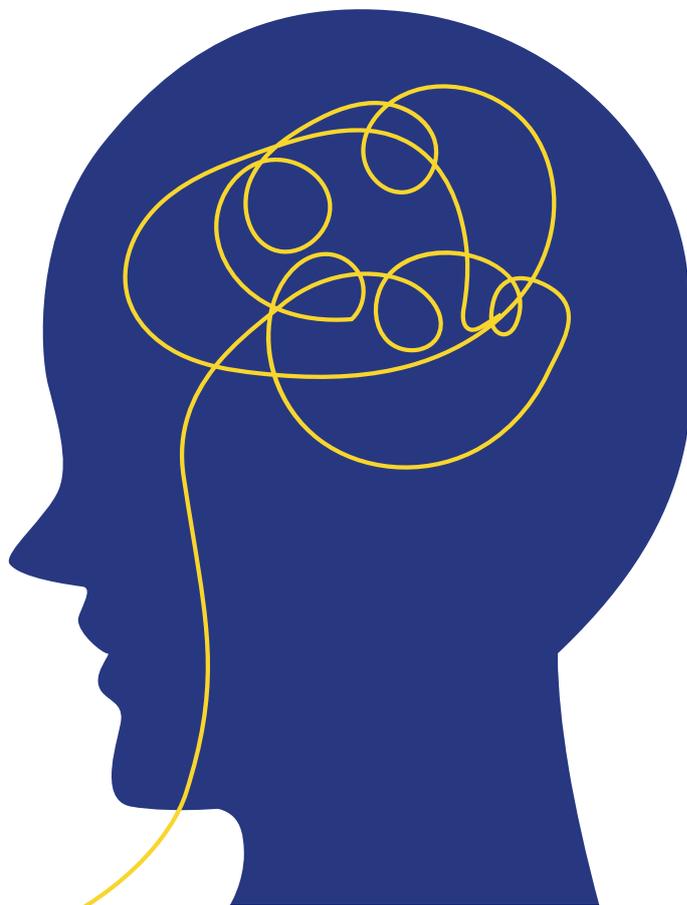
En ce qui concerne le secteur public, les PUO reçoivent des services de désintoxication comme traitement sans intervention psychologique « [...] retirer les produits chimiques du corps, il n'y a pas d'autres services offerts » (IC 16).

Légalement, les PUO sont criminalisés et font face à plusieurs peines. Par conséquent, les IC ont suggéré la révision de ces lois pour répondre aux besoins des PC, les soutenir et atténuer les conséquences des drogues sur eux.

Quelques IC ont également souligné la nécessité de travailler à mettre fin aux processus abusifs contre les PC sous le signe de la légalité.

Ils ont soutenu la création de lois qui punissent les personnes qui violent les droits humains des PC.

Un IC a également discuté du fait que les OSC comme Sawaed font activement pression sur les organismes gouvernementaux pour commencer à mettre en œuvre la loi sur les enfants qui est déjà ratifiée et insister à établir un centre dédié au traitement des toxicomanes de moins de 18 ans.



a. Contexte

Le Liban a connu une crise économique et politique aiguë au cours des trois dernières années, qui s'est ajoutée à l'instabilité chronique et qui a entravé le développement soutenu des services de santé mentale conformément aux attentes (**Chahine et Chemali, 2009**) (**OMS-AIMS, 2015**).

En ce qui concerne l'attention accordée au trouble lié à l'utilisation de drogues, le Liban demeure le seul pays arabe à offrir un programme national de substitution aux opioïdes, fondé sur la fourniture de buprénorphine en ambulatoire.

Ce programme existe depuis **2012** et s'appuie sur un réseau **d'ONG** financées dans le but précis de réduire le fardeau de l'utilisation d'opiacés et du **VIH/sida** sur la communauté.

(**El-Khoury et al., 2016**) Le programme a survécu à l'instabilité et a été un exemple de résilience systémique alors qu'il continue de faire face à des défis internes et externes (**Ghaddar et coll., 2017**).

Le fardeau de la santé mentale au Liban correspond aux besoins mondiaux identifiés (**Karam et coll., 2002**).

De plus, la série de traumatismes collectifs auxquels la population est confrontée exige une nouvelle évaluation du rôle de l'automédication et de la dépendance aux drogues comme stratégies d'adaptation inappropriées (**Bizri et coll., 2021**).

Elle fait face à la stigmatisation, au manque de sensibilisation, au sous-financement (**ministère de la Santé publique, 2017**) et à la centralisation dans la capitale Beyrouth et les zones côtières environnantes.

Cet écart est actuellement corrigé par l'ouverture de centres de prescription et de distribution du TSO où un soutien supplémentaire en santé mentale est intégré (**ministère de la Santé publique, 2017**).

Cela a mené à la reconnaissance d'un niveau élevé de comorbidité entre l'utilisation de drogues et des troubles psychiatriques comme l'anxiété et la dépression (**Hallit et coll., 2019**).

Sur une note distincte, le fardeau des troubles mentaux chez les PVVIH au Liban a été estimé à **94 %** selon une étude (**Abou Kassem et coll., 2021**).

Une mauvaise qualité de vie était associée de façon significative à des niveaux élevés de détresse psychologique, directement et indirectement (**Abboud et coll., 2010**).

Une exploration plus récente des besoins de la population atteinte du **VIH/sida** a révélé que le stress psychologique demeure un problème majeur indépendamment de la prestation de soins médicaux appropriés (**Khoshnood et coll., 2022**).

La santé mentale de la communauté **LGBTQ+** a fait l'objet de recherches au cours des dernières années.

Une organisation a pris l'initiative de répondre aux besoins particuliers de cette population dans le contexte de la santé sexuelle en général.

Les grands centres universitaires et les hôpitaux universitaires où des soins psychiatriques et psychologiques sont offerts sont réceptifs aux patients **LGBTQ+** et ont tendance à ne pas les stigmatiser.

Il en va de même pour les **ONG**, qu'elles soient établies traditionnellement (**Skoun, SIDC**) ou qui ont

ont récemment rejoint le domaine clinique (**Embrace**). En outre, les ONG internationales (**Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, etc.**) sont également ouvertes à l'inclusion de cette communauté comme une priorité pour leurs services, que ce soit parmi les Libanais ou les réfugiés ou les travailleurs migrants.

D'autre part, cette tendance ne s'étend pas toujours à d'autres centres et organisations cliniques, en particulier ceux affiliés à des institutions religieuses traditionnelles. Des exemples de discrimination ou de rejet ont été partagés sur les plateformes de médias sociaux par diverses sources.

Une liste de cliniciens « amis de la communauté **LGBTQ+** » est également disponible en ligne, bien que les critères ne soient pas clairs. La recherche sur la santé mentale de la population **LGBTQ+** au Liban révèle constamment une surreprésentation des troubles psychiatriques par rapport à la population générale.



b. Constatations:

Les entrevues révèlent plusieurs facteurs de risque de troubles de santé mentale auxquels font face les PC.

La cause la plus fréquemment citée selon les IC est la pression sociale sous forme de stigmatisation explicite et implicite, de discrimination et d'auto-stigmatisation.

Les PC souffrent d'un rejet social qui limite leur accès à l'aide humanitaire et aux services de santé.

La stigmatisation n'est pas seulement exprimée par leur famille, leurs amis et leur cercle social, mais aussi par les PSS qui ne sont pas bien formés pour traiter les PC.

Il s'agit d'un fardeau important pour leur santé mentale et entraîne un stress psychologique chronique.

Les obstacles juridiques limitent l'accessibilité des PC aux services de santé mentale.

Le fait d'être toxicomane est toujours considéré comme un crime au Liban, ce qui dissuade les gens de demander des soins.

Les PUO qui parviennent à surmonter un état de déni malgré ne pas être en mesure de gérer leurs activités quotidiennes sentent qu'ils ne seront pas acceptés par quiconque et évitent de demander de l'aide de leur cercle habituel.

Les **PVVIH**, en particulier les femmes, sont considérées comme une cible primaire de discrimination dans la société libanaise.

Elles sont souvent victimes de violence fondée sur le sexe, surtout s'ils sont des mères seules, des travailleuses du sexe ou d'anciennes détenues.

Dans de nombreux cas, les femmes vivant avec le VIH n'ont pas d'autre choix que de révéler leur séropositivité à leur famille/enfants pour prévenir la transmission verticale, augmentant ainsi la stigmatisation à leur égard.

De nombreux membres de la communauté **LGBTQ+** vivent une vie fermée en cachant un élément important de leur identité, tandis que ceux qui choisissent de révéler leur orientation sexuelle doivent faire face à un rejet à grande échelle, surtout de la part de leurs parents.

La discrimination à l'égard de la communauté **LGBTQ+** s'étend au-delà du public aux prestataires de soins de santé qui ne sont pas équipés pour traiter et communiquer avec ce groupe minoritaire sans discrimination. « Plus précisément, au cours des quatre dernières années.

Tout le monde a vécu beaucoup de choses. **Instabilité émotionnelle, pauvreté, chômage, etc.**

Les services de santé mentale en particulier ne sont pas accessibles au Liban pour tout le monde, pour la communauté LGBTQ+ en particulier, pourquoi ? Parce que cette communauté n'est pas acceptée pas tout le monde ou tous les thérapeutes » (IC 4).

Un fardeau supplémentaire pour les PC est l'humiliation qu'ils subissent sur le marché du travail, surtout lorsqu'ils sont congédiés ou qu'on ne leur accorde pas d'emploi alors qu'on parle d'eux comme du VIH ou de la communauté LGBTQ+.

Cette peur de la discrimination entrave également leur capacité à chercher un emploi à l'international. Ainsi, l'intégration sociale est une nécessité pour les PC.

Tous les IC ont conclu qu'il est très important de sensibiliser la société par des messages antidiscriminatoires et anti-stigmatisation contre les **PC**.

Une plus grande acceptabilité devrait être adoptée dans la société à leur égard. Les IC qui se sont identifiés comme PUO ont mentionné qu'ils ont besoin de centres de réadaptation qui comprennent non seulement des services de santé mentale, mais qui leur donnent aussi la chance d'apprendre quelque chose de nouveau qui les rend plus optimistes et motivés à retourner à un rôle social productif.

De nombreux IC croyaient que les services de santé mentale devraient être

diversifiés et offerts à tous, car la création de services exclusivement destinés aux PC risque d'encourager une plus grande discrimination à leur endroit. En outre, les services fournis à toutes les populations sont plus durables en termes de recherche de financement que ceux ciblant uniquement les PC.

Cependant, peu d'IC ont souligné que certaines spécificités dans la mise en œuvre devraient être prises en compte, comme celles de la communauté **LGBTQ+** afin d'assurer une prestation de services sans stigmatisation.

Un IC a mentionné qu'il y a place à l'amélioration, surtout en ce qui a relatif à la formation des professionnels de la santé mentale et des psychiatres sur la thérapie de conversion en particulier avec la communauté **LGBTQ+** et sur les thérapies fondées sur des données probantes.

La formation des professionnels de la santé aidera à réduire la stigmatisation, car elle les empêche de ne pas faire intervenir leurs propres préjugés religieux ou culturels lorsqu'ils travaillent avec les PC.

IC 10 a suggéré que les formations puissent être initiées par des organismes officiels et/ou gouvernementaux « afin que des formations spécifiques pour les psychiatres et les psychologues puissent être faites et maintenant nous sommes chanceux d'avoir la société psychiatrique libanaise et l'ordre nouvellement établi des psychologues à travers lesquels une telle formation peut être suivie » (IC 10).

Lorsque les PC se sentent plus confiants et à l'aise avec les FSS, leur tendance à chercher des soins devraient être plus élevés.

Les IC ont exprimé leurs préoccupations quant au financement des services de santé mentale au Liban, qui est faible, en particulier de la part des donateurs internationaux et le ministère de la Santé publique (**MOPH**) a un budget limité. Par conséquent, il n'y a pas eu de nouvelles initiatives importantes et on compte sur les ressources limitées pour maintenir les services actuellement disponibles.

L'actuel programme de santé mentale du MOPH ne fournit pas de services directs.

D'après les discussions avec les IC, le programme est en fait un organe directeur pour le système de santé mentale au Liban et il collabore avec plusieurs partenaires pour améliorer les différents domaines allant des lois, politiques, mécanismes de coordination et documents normatifs, à la mise en œuvre des services.

Le programme a publié des lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de santé mentale pour la communauté LGBTQ+ et vise, dans le cadre de sa stratégie d'utilisation de drogues, à intégrer la santé mentale des personnes vivant avec le VIH et de celles des PUO par la détection, le dépistage et l'aiguillage vers des **ONG** spécialisées. Le programme actuel de santé mentale vise également à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires au moyen de programmes spécifiques fondés sur l'écart d'âge.

Il fournit également le soutien émotionnel et la ligne d'assistance pour la prévention du suicide, et un IC a indiqué qu'un grand pourcentage des appelants proviennent également de la communauté **LGBTQ+** et de l'intervention autoguidée guidée par **l'OMS-MOPH**.

Avec le soutien limité accordé au programme national de santé mentale au sein du MOPH, la stratégie s'appuie sur les institutions privées et les **ONG** pour diriger la mise en œuvre des services de santé mentale.

Les OSC mettent donc en œuvre un éventail d'activités en santé mentale, depuis les consultations de psychologues et de psychiatres, les TSO, les trousseaux de réduction des risques, l'aide juridique pour les protéger, l'aide pour trouver un emploi et un programme de traitement complet pour les PUO (Programme de traitement MHPSS), ateliers de renforcement des capacités et efforts de plaidoyer, et publication d'études qui montrent l'importance d'introduire la substitution dans les prisons.

Quelques IC craignent également que l'accès aux services de santé mentale soit un gros problème, surtout chez les femmes. En fait, les femmes vivant dans des régions rurales ou éloignées ne connaissent pas vraiment leurs droits au traitement du VIH. Ainsi, parfois, leur conjoint/mari ou leur famille est mis au défi d'aller se faire soigner, en particulier pour les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées, les petites villes ou les villages où la plupart de ces services sont centralisés à Beyrouth et dans les environs.

La plupart des besoins en santé mentale mentionnés dans l'étude étaient liés à la prestation de services.

Les IC ont mentionné que le besoin d'un programme complet de santé mentale devrait être considéré comme signifiant la prestation d'une thérapie, le suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue et l'hospitalisation des personnes qui ont un trouble psychiatrique aigu ou un trouble aigu lié à la toxicomanie (**qui ne sont pas des hôpitaux privés**).

La plupart des IC ont également mentionné l'importance des séances de groupe pour partager leurs expériences et améliorer leur bien-être mental ; en plus des séances individuelles pour discuter plus en privé.

Il vaut mieux faire connaître les centres de services de santé mentale disponibles qui devraient être décentralisés pour assurer un meilleur accès.

Les services disponibles, qu'ils soient gouvernementaux ou privés, devraient être répertoriés et diffusés dans la société et parmi les professionnels de la santé dans tous les milieux de santé.

Les femmes vivant particulièrement dans les régions rurales devraient être soutenues pour recevoir des services de santé mentale.

Avec tout le travail de sensibilisation à la santé mentale fait par les ONG, beaucoup de gens deviennent plus conscients de l'importance de chercher de l'aide, mais la demande est devenue bien plus que la capacité des services actuellement disponibles par les **ONG**.

Seuls deux hôpitaux gouvernementaux offrent un soutien en psychiatrie ou en toxicomanie aux patients hospitalisés.

Pour ce qui est des services ambulatoires, il y a cinq **ONG** au Liban qui sont centralisées à Beyrouth.

Ainsi, les services de santé mentale sont à peine disponibles pour les PC malgré la forte demande pour ces services de santé mentale « Tout le monde part, les rares qui restent ici ont déjà plusieurs emplois à la fois.

Alors oui, ils sont surchargés et cela a également une incidence sur la qualité du travail qu'ils font » (IC 2).

Les longues listes d'attente découragent les patients qui doivent prendre des rendez-vous complets.

Tous les IC ont indiqué que ce qui a aggravé la situation, c'est qu'à la suite des crises et de la détérioration économique au Liban, la majorité des psychologues, psychiatres et travailleurs en santé mentale spécialisés ont quitté le pays.

Compte tenu de la forte demande actuelle de services de santé mentale, il faut augmenter le nombre de professionnels spécialisés pour pouvoir offrir des services aux PC.

L'aiguillage externe vers des cliniques spécialisées coûte très cher.

Indépendamment du soutien en santé mentale gratuit ou semi-gratuit, les PC sont confrontés à un fardeau financier lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins.

Le coût du transport vers les centres et le coût des consultations externes représentent un lourd fardeau.

Compte tenu du fardeau financier actuel, les PC ne peuvent pas considérer la santé mentale comme un problème physique aussi important.

Le soutien financier accordé aux PC améliorerait également leur bien-être mental. Le fardeau financier imposé aux PC entrave leur capacité de se payer des soins.

« Ces services ne sont pas couverts par une assurance, et comme tous les autres services médicaux, vous avez un écart et certaines personnes peuvent accéder à des services, alors que d'autres ne peuvent pas pour des raisons financières - en termes de couverture des soins de santé pour les personnes vivant dans ce pays indépendamment de leur sexe, orientation et maladies. » (IC 7)



Ainsi, les IC ont souligné que le soutien financier aide le patient à acheter ses médicaments, à se rendre à l'hôpital, à payer le transport et à se rendre à l'ONG ou au centre de soins primaires où les services sont disponibles.

Les PC vivent aussi dans des conditions difficiles et ont besoin d'aide alimentaire.

Par conséquent, les IC ont mentionné qu'ils ont besoin d'aide pour trouver des possibilités d'emploi, pour avoir la chance de vivre de nouveau « **d'être de nouveau en vie** » (IC 12).

Les possibilités d'emploi atténuent le sentiment de vide et de faiblesse chez les PC, en particulier avec leur isolement social et leur auto-stigmatisation.

De plus, les IC ont soulevé la question du fait que les PC ne peuvent pas se permettre le coût des médicaments, surtout ceux qui sont liés aux médicaments qui ne sont pas entièrement couverts.

Les coûts de désintoxication et de réadaptation sont également devenus plus élevés. Ainsi, l'accès aux médicaments psychiatriques et leur disponibilité ont été identifiés par les IC comme étant un besoin majeur pour les patients et pour la PUO, étant donné qu'ils sont partiellement subventionnés et que certains médicaments ne sont pas du tout disponibles.

Certaines initiatives ont été prises pour s'attaquer à ce problème, comme la tenue de consultations régionales au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (**MENAPLUS**) concernant la pénurie de médicaments.

Par conséquent, quelques IC tels que le IC 10 ont suggéré une évaluation externe systématique du programme TSO au Liban pour savoir ce qui s'est passé, ce qui allait bien et ce qui doit être modifié, conduisant à un renforcement approprié du TSO au Liban, et au développement de la nouvelle modalité de services.

a. Contexte

Au cours des trois dernières décennies, le Maroc a montré une amélioration significative dans le domaine de la santé mentale depuis que la psychiatrie a été introduite dans le pays en tant que domaine médical distinct.

On a trouvé peu de données sur la prévalence des troubles mentaux et le niveau des services offerts.

Une base de données fiable a signalé un manque important de ressources humaines dans le pays avec 8,8 professionnels pour 100000 habitants (**El Kirat & Filali, 2014**).

Il met également en évidence l'insuffisance de la formation des professionnels de la santé mentale non spécialisés (**PSNS**) par rapport au besoin.

Les spécialistes sur le terrain réclament des études plus spécialisées, le développement des ressources humaines et la garantie de la disponibilité des dernières générations de médicaments (**Aroui et al., 2017**).

En ce qui concerne la santé mentale des personnes vivant avec le VIH, le Maroc est considéré comme un pionnier dans la région **MENA** pour avoir défendu cette mission.

Bien que le pays ait un faible taux de prévalence du VIH de **0,14 %** dans la population générale, il est très répandu chez les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe et les HSH, ce qui équivaut à **67 %** des nouvelles infections à VIH (**Mumtaz et coll., 2013**).

Les PVVIH au Maroc font face à plusieurs obstacles à l'accès aux soins.

Certains obstacles s'expliquent par le manque de sensibilisation aux indicateurs du VIH, qui se traduit par une occasion manquée d'accéder aux soins et au dépistage (**Marih et coll., 2021**).

D'autres obstacles comprennent non seulement la stigmatisation externe, mais aussi la stigmatisation interne liée au VIH ainsi qu'une faible estime de soi (**Bernier et coll., 2019**) qui ont une incidence sur les décisions de vie et la volonté d'accéder aux soins de santé (**Moussa et coll., 2021**).

En termes d'interventions, le Maroc a été le deuxième pays de la région MENA à établir une stratégie de réduction des risques.

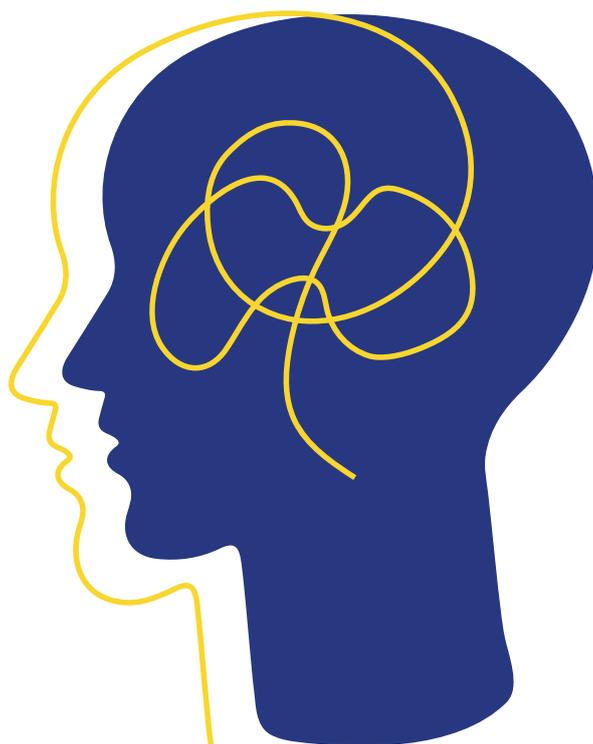
Ses activités variaient entre la distribution de trousse d'injection et d'inhalation, les groupes autonomes, le dépistage rapide du VIH et les activités récréatives.

Une étude portant sur l'état de santé et la qualité de vie des héroïnomanes traités au moyen du traitement de substitution aux opiacés à la méthadone (TSOM) au Maroc a montré une amélioration dans plusieurs aspects de la vie des utilisateurs de drogues, y compris le sommeil, la santé nutritionnelle et l'état social et relationnel (**Idrissi et coll., 2018**).

Environ six centres de traitement à la méthadone et certains programmes de traitement postopératoire ont été établis pour ces utilisateurs, mais de nombreuses restrictions limitent leur accès à l'aide appropriée (Himmich et Madani, 2016).

Les restrictions légales et les violations sont l'un des principaux obstacles auxquels sont confrontés les utilisateurs de drogues.

Lors de poursuites judiciaires, par exemple, les utilisateurs de drogues sont traités avec violence, privés de la nomination d'un avocat et ne sont pas détournés vers un traitement comme alternative à la peine de prison (**MENAHRA, 2021**).



b. Constatations:

Selon les informateurs clés du Maroc, la stigmatisation et la discrimination, d'une part, et la qualité des services de santé mentale, d'autre part, sont les plus grands défis pour les **PC**.

Les **PC** qui ont recours aux services de santé mentale du gouvernement ou du secteur public sont victimes de stigmatisation, de discrimination et de rejet.

Les PC sont accablés de stigmatisation personnelle et sociale.

Par exemple, dans de nombreux cas, les **PC** refusent d'aller seuls à ces services et demandent qu'ils soient escortés par des travailleurs sociaux **d'ONG** de soutien.

Dans d'autres cas, les **PC** cessent de visiter les installations du gouvernement et dépendent entièrement des **ONG**.

Selon les **IC**, cela est principalement dû au fait que les **ONG** suivent des valeurs fondées sur les droits de l'homme et l'acceptation et refusent de les stigmatiser et de les discriminer.

Les PC se retrouvent ainsi respectés et accueillis dans le cadre des **ONG**.

La majorité des **IC** ont ajouté qu'il existe une relation de confiance et de soutien entre l'équipe de **l'ONG** et cette population..

La stigmatisation était aussi souvent mentionnée dans les discussions sur les relations familiales, l'amitié et même les relations médecin-patient.

Certains **IC** ont partagé leurs expériences personnelles de centres de soins de santé où les médecins communiquaient sur leurs problèmes de santé (**PVVIH et toxicomanie**) d'une manière stigmatisante, les laissant en détresse.

Pour ce qui est de la société, une identité ou un comportement **LGBTQ+** n'est pas acceptable et peut mener à de la violence physique dans les rues.

Les **PVVIH** font face au même rejet et sont également incapables d'être ouvertement eux-mêmes dans la société « ... psychologiquement épuisés.

J'ai ouvert les yeux sur la société après avoir été dans le coma loin de la société.

J'ai ouvert les yeux sur la société, et j'ai trouvé une société qui ne comprend pas.

Je peux vous dire que moi (7:11).

Il est homosexuel, et il était un toxicomane, et nous ne savons pas ce qu'il a fait » **(IC 19)**.

Par conséquent, étant donné le facteur de risques élevé que la stigmatisation crée sur la santé mentale des PC, ces derniers ont insisté sur l'importance de développer une culture d'acceptabilité au moyen de campagnes de sensibilisation axées sur les plateformes de médias sociaux et les journaux numériques, etc.

Pour ce qui est de la prestation des services, peu d'IC ont souligné que la présence de méthadone dans les centres à travers le Maroc a été très utile dans le traitement des **PUO**.

Pourtant, les services de santé mentale dans les centres gouvernementaux peuvent être compliqués pour les PC, car ils doivent suivre plusieurs procédures administratives et attendre longtemps avant de consulter un spécialiste.

Les IC ont donc recommandé d'éliminer les obstacles bureaucratiques dans la mesure du possible.

Un autre obstacle fréquemment évoqué par les IC est que les services de santé mentale sont difficiles à atteindre géographiquement pour ceux qui se trouvent à l'extérieur des grands centres urbains « ... dans les grandes villes, pas tout.

Certaines personnes en profitent et d'autres pas, comme les femmes qui vivent loin des villes où se trouve l'association. Ils ne profitent pas des psychologues.

Ce n'est pas tout le monde qui en profite « (IC 11).

Ainsi, les IC préconisaient une meilleure répartition géographique des services de santé mentale.

Le Maroc souffre également d'une pénurie de spécialistes, comme l'ont expliqué quelques informateurs clés.

Dans l'un des ECI, l'IC a mentionné que certaines statistiques montraient un déficit important du nombre de psychologues.

Compte tenu de cette pénurie, les IC ont discuté de l'énorme lacune dans le traitement de la santé mentale, car dans certains services, l'accent est mis principalement sur les psychiatres.

« Ce qui m'aidait, ce n'étaient pas les psychologues, à cause de leur manque de disponibilité dans mon secteur de vie... Il y a des psychiatres, mais pas des psychologues.

Il n'y a pas de soutien psychologique... C'était donc une raison pour que j'entre à l'hôpital psychiatrique.

On l'appelle l'hôpital pour troubles mentaux et psychologiques, mais ce n'était pas le cas » (IC 19).

La plupart des IC ont expliqué que les psychiatres travaillent dans des hôpitaux psychiatriques et qu'il n'y a donc pas assez de médecins pour être placés dans des centres de toxicomanie.

Where psychological consultations are free such as in few **NGOs** , waiting times are so long and appointments are scheduled every 2-3 months which damages continuity of care.

Par conséquent, sur la base de EIC, des ONG comme Hasnuna s'efforceront de trouver des psychologues ; même si sur une base volontaire, cela aidera l'équipe à accompagner ceux qui ont des problèmes psychologiques et comportementaux pour optimiser les résultats.

Les IC ont ainsi souligné la nécessité d'augmenter le nombre d'étudiants qui étudient la psychologie, car cette profession est très nécessaire au Maroc.

De plus, la plupart des informateurs clés ont recommandé une formation uniforme des professionnels de la santé afin qu'ils puissent travailler avec la population qui consomme des drogues, **LGBTQ+ ou PVVIH**.

Les IC ont également exprimé la nécessité pour les hôpitaux, qu'ils soient gouvernementaux ou privés, de fournir des consultations psychologiques et de ne pas simplement se fier aux approches fondées sur les médicaments.

Les IC ont expliqué que, malgré les efforts déployés par le gouvernement pour mettre en place la protection sociale des personnes sans emploi (en vertu de laquelle le gouvernement paie les soins de santé), les ONG continuent de demander l'inscription des PC au programme.

Lorsque les consultations psychologiques sont gratuites comme dans peu d'ONG, les temps d'attente sont si longs et les rendez-vous sont fixés tous les 2-3 mois, ce qui nuit à la continuité des soins.

Ils sont aussi parfois dans une position où ils ne peuvent pas respecter les procédures administratives très compliquées où ils doivent venir et attendre longtemps.

En particulier, nous parlons ici des toxicomanes qui vivent dans un cercle fermé d'utilisation de drogue qui rend difficile pour eux de venir aux centres et d'attendre dans les longues files d'attente pour obtenir un numéro, rendez-vous, et ainsi de suite » (IC 20).

Les IC ont expliqué que le coût des consultations psychologiques privées est élevé, car la demande est énorme par rapport au nombre de FSS disponibles.

Par conséquent, tous les IC ont insisté sur la nécessité de services de santé mentale gratuits pour les PC qui en ont grandement besoin, mais qui n'en ont pas les moyens.

Ajoutons à cela les coûts de transport élevés des PC pour accéder aux services de santé mentale alors qu'ils peuvent à peine se permettre les nécessités.

De plus, les IC ont discuté du double manque de sensibilisation au besoin de soutien en santé mentale et aux services de santé mentale déjà disponibles comme obstacle à l'accès au soutien en santé mentale au besoin. « Personne ne m'a dirigé du tout. Pendant ce temps, personne ne m'a dirigé.

J'allais à l'hôpital, je faisais mes examens et je revenais. Même une fois, j'ai senti que j'étais très fatigué psychologiquement. » (IC 11)

Les IC ont parlé du manque de financement des OSC qui, selon quelques IC, menace la durabilité de leurs activités et rend difficile le maintien du niveau de qualité des soins de santé.

Peu d'informateurs clés ont donc recommandé que les pays réfléchissent collectivement pour trouver des ressources et soutenir la main-d'œuvre.

Sur le plan juridique, les IC ont dénoncé l'absence de stratégies claires pour améliorer la santé mentale des PC, compte tenu du fait qu'il y a une pénurie de médecins en général.

Les PC sont confrontés à une forte criminalisation, en particulier les PUO qui, au lieu d'avoir le choix entre la prison et la réhabilitation (**selon une loi disponible**), sont facilement emprisonnés même pour consommation.

Ainsi, quelques IC ont considéré la nécessité de donner la priorité à une meilleure définition juridique de cette population, de ses droits et d'avoir des lois pour les protéger socialement.



5- Tunisie

a. Contexte

La Tunisie étant un pays à revenu intermédiaire inférieur, elle est considérée comme une réussite lorsqu'il s'agit de fournir des soins de **santé mentale** par rapport à d'autres pays disposant de ressources similaires.

Elle fait néanmoins face aux défis habituels de la centralisation excessive des installations dans les grandes villes et de la faiblesse des services communautaires. La proportion de psychiatres et de psychologues en Tunisie est raisonnable et correspond à une demande croissante de soins de santé mentale de la part du public (**Charfi et coll., 2021**).

D'autre part, lorsqu'on examine les besoins en santé mentale des toxicomanes en Tunisie, on constate que des efforts sont encore nécessaires pour couvrir les besoins estimés.

Il est important de noter qu'il n'existe aucune donnée épidémiologique accessible au public qui puisse permettre une évaluation complète de la situation de la toxicomanie en Tunisie.

En outre, l'absence d'un réseau de centres spécialisés, les connaissances des médecins de premier recours sur les troubles liés à la toxicomanie et la participation à la prévention et au traitement demeurent sous-développées.

Une étude a montré des réponses inadéquates des médecins de premier recours à la santé mentale liée aux troubles liés à la toxicomanie. Des efforts récents sont en vigueur dans le cadre des stratégies nationales de prévention de l'utilisation de drogues pour améliorer le dépistage de l'utilisation de drogues et mettre en œuvre des campagnes de lutte contre la stigmatisation (**Spagnolo et coll., 2018**).

Certaines organisations ont également été créées pour sensibiliser et prévenir, comme l'Association Tunisienne de Prévention contre la Toxicomanie (ATUPRETT) et l'Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie (**ATIOST**) (**Aounallah et al., 2014**).

Cependant, en ce qui concerne la prévalence du VIH en Tunisie, certaines données ont été fournies montrant un taux national significatif de PVVIH. Entre 1990 et 2017, le taux de prévalence pour 100000 personnes est passé de 2,26% à 30,3% respectivement (**Shakiba et coll., 2021**).

La prévalence est considérée comme faible au sein de la population générale, mais nettement plus élevée chez les HSH et les personnes qui s'injectent des drogues (**MENAHRA, 2017**).

Comparativement à ces taux de prévalence, peu ou nulle recherche a été effectuée sur les services offerts à cette population et le fardeau psychiatrique des personnes vivant avec le **VIH**.

Selon la loi tunisienne, les patients atteints du **VIH** jouissent des mêmes droits que tous les autres citoyens tunisiens, y compris le droit à l'accès aux soins de santé sans stigmatisation ni discrimination. Cependant, il n'est pas clair dans quelle mesure ces lois sont appliquées et les dilemmes éthiques résolus (**Mesrati et al., 2017**).



b. Constatations:

Tous les IC en Tunisie ont parlé de la façon dont la stigmatisation et la discrimination sont responsables des problèmes de santé mentale des PC. C'est au niveau familial/sociétal et même grâce aux services dont ils bénéficieraient habituellement dans les hôpitaux ou les centres de soins de santé.

« Cette personne est stigmatisée et victime de discrimination parce qu'elle est une utilisatrice de drogues. Par exemple, au niveau familial, la famille cesse d'accepter cette personne. Dans la société, dans le quartier, il vit, dans son travail. Il devient frustré » (IC 17).

« Il y a de la stigmatisation et de la discrimination, il y a certaines perspectives, parfois d'un psychologue, d'un travailleur social ou de n'importe qui ; du personnel de la santé. Cela fait en sorte que ces personnes ne demandent pas ces services. » (IC 5)

« La stigmatisation et la discrimination signifient la façon dont ils vous regardent, certains regards, que vous avez une orientation sexuelle » (IC 5).

Les IC ont indiqué qu'au-delà de la discrimination explicite de la part des PSS, ces derniers ne sont pas bien formés sur les valeurs, la confidentialité et le professionnalisme lorsqu'ils traitent des cas comme les **PVVIH, les PUO et les LGBTQ+**.

Selon les IC, les psychologues qui travaillent avec les PUO, en particulier, doivent avoir un haut niveau d'expertise et de connaissances.

Ainsi, la plupart des IC ont indiqué que les diplômés en psychologie et les professionnels ont besoin de plus de formation sur la prestation de services de santé mentale pour les PC.

De plus, les IC ont insisté sur le fait que les PSS doivent jouir d'une expérience antérieure avec les PC, particulièrement lorsqu'ils communiquent avec les PUO et les personnes **LGBTQ+**.

Les obstacles financiers sont le deuxième thème le plus récurrent soulevé par les IC comme facteur de risques pour les problèmes de santé mentale en Tunisie.

L'un des exemples mentionnés par les IC est qu'une PUO est confrontée à un grave problème de chômage et d'incapacité à trouver un emploi qui conduit dans certains cas à recourir à des moyens illégaux pour obtenir de l'argent pour acheter des drogues.

Dans bien des cas, la situation financière des PC les empêche de demander des soins de santé mentale.

En particulier, les coûts de transport à destination et en provenance de la

clinique ont souvent été mentionnés par toutes les personnes interrogées comme un obstacle à la recherche de soins.

Tous les IC ont indiqué que les PC qui demandent des soins, en particulier dans les centres gouvernementaux qui fournissent des services de santé mentale, doivent parcourir de longues distances en raison des vastes zones de desserte.

« Et j'ai dit à MENAROSA de commencer à envoyer de l'argent pour le transport de ceux qui vivent avec le VIH en Tunisie parce qu'ils n'ont pas d'argent. Envoyez-leur de l'argent pour qu'ils puissent continuer à assister aux séances. » (IC 5)

Pour ce qui est de la prestation des services, peu d'informateurs clés ont mentionné que « l'hôpital Amal » se spécialise dans le domaine de l'utilisation de drogues et peu d'ONG sont connues pour fournir ces services juridiques et psychologiques aux PC (principalement des groupes de soutien aux PVVIH tels que MENAROSA et des sessions individuelles telles que l'Association Tunisienne de Lutte Contre les MST et le Sida (ATL).

Toutefois, les IC ont indiqué que les capacités des OSC sont limitées, car non seulement elles manquent de personnel, mais elles ont aussi des heures de travail limitées par rapport aux besoins énormes.

« Oui, exactement. Services et personnel. Le personnel, c'est-à-dire trois personnes, n'équivaut pas à 1 500 personnes » (IC 16)

En outre, l'absence d'un programme TSO a été fréquemment mentionnée par les IC comme un problème principal, étant donné que la Tunisie n'autorise aucun type de traitement de substitution jusqu'à ce jour-là.

Enfin, les obstacles juridiques comme l'emprisonnement des toxicomanes sans traitement ou autre punition et la criminalisation de la communauté LGBTQ+ imposent un fardeau aux personnes clés qui cherchent des services de santé mentale.

« Les personnes LGBTQ+ sont criminalisées, voire arrêtées, et sont soumises à un test (fahes l jarashi). Donc le problème est juridique, surtout avec le (12:50) qui est une loi française que la France n'utilise plus. Mais la Tunisie l'utilise toujours l » (IC 18 A)

F- Limites

Afin d'aborder le sujet complètement, une méthode mixte comprenant une combinaison d'informateurs clés individuels, des discussions de groupes de discussion et des enquêtes structurées aurait été idéale.

La portée de l'étude, les ressources disponibles et le calendrier ont fait en sorte qu'une certaine intersectionnalité entre les PC n'a pas été abordée en profondeur.

Cela comprenait les besoins particuliers de la population LGBTQ+ et plus particulièrement du sous-groupe des HSH au-delà de l'utilisation des services de réduction des risques.

Le groupe de recherche a également rencontré quelques difficultés à interviewer un plus grand groupe d'informateurs, s'appuyant pour certains pays, sur des réseaux nationaux et régionaux de patients, d'aidants, des activistes et de défenseurs.

Compte tenu des défis que posent les entrevues à distance et le maintien de l'anonymat, il est probable que toutes les perspectives n'ont pas été atteintes et exposées dans le présent rapport.

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'a été relevé dans cette étude.

Les chercheurs étaient entièrement autonomes et ont eu le privilège de choisir les personnes interrogées, d'effectuer l'analyse et de parvenir à leurs conclusions de manière indépendante.



G- Réflexions et recommandations pour la région

Malgré les différences entre les pays en termes de taille, de caractéristiques de la population, d'écosystèmes de santé et de facteurs socioéconomiques, nos résultats confirment une tendance générale de fardeau généralisé et important en santé mentale à l'égard des le PC ciblées.

La série d'entrevues était cohérente avec les constatations et les commentaires antérieurs dans la documentation de la région.

Il convient de noter que la documentation elle-même est plutôt mince et incapable de fournir un aperçu complet de la santé mentale au niveau de la population, sans parler des groupes minoritaires comme nos PC.

Elle ne permet pas non plus de faire des comparaisons entre les pays.

Un manque de collaboration entre les cercles universitaires locaux et les organisations activistes de première ligne peut expliquer ce rendement limité.

Quelles que soient les raisons, cela signifie que les conseillers politiques et les donateurs internationaux doivent s'appuyer sur des

hypothèses plutôt que sur des faits et des chiffres.

Il s'agit d'une lacune qui pourrait être relativement facilement comblée par le renforcement des capacités de recherche des ONG, le réseautage régional et la collaboration avec les centres universitaires internationaux.

Les IC ont fourni des informations locales précieuses qui peuvent se traduire par des recommandations spécifiques pour chaque pays et à l'intérieur du pays.

Pour l'équipe de recherche, il a été noté que les thèmes étaient récurrents de façon presque identique entre les pays et provenaient d'une diversité de contextes, ce qui ajoutait de la validité et de la crédibilité aux constatations.

Le tableau 1 tente de classer les thèmes mis en évidence par les IC interrogés et la documentation sur le sujet.

Le thème de la stigmatisation apparaît comme la cause la plus constante du fardeau psychologique dans les cinq pays.

L'indisponibilité ou l'inaccessibilité

des soins dans tous les pays vient juste après la stigmatisation. La qualité des soins fournis est préoccupante en Jordanie, tandis que les obstacles juridiques sont pertinents en Égypte.

Les IC sont généralement alignés dans leur perspective sur le besoin et la voie à suivre pour fournir des soins adéquats, peu importe leur rôle d'utilisateurs de services ou de prestataire de services.

Les services de réduction des risques semblent être l'un des cadres appropriés pour diagnostiquer et traiter les problèmes de santé mentale des PC, mais pas exclusivement.

La vaste disponibilité des centres et d'approches de traitement est susceptible d'encourager à l'utilisation du traitement et à la réduction de la stigmatisation, qui comprend souvent l'auto-stigmatisation.

Tableau 1 : Les thèmes les plus récurrents dans les entretiens par pays

Les thèmes les plus récurrents	La qualité des soins de santé mentale	La non-disponibilité des centres/ services	La non-disponibilité des spécialistes	Le manque des médicaments	Barrières financières
Liban		✗			✗
Jordanie	✗				
Egypte					
Maroc		✗			
Tunisie					✗

Les thèmes les plus récurrents	Manque de financement	Obstacles juridiques	Obstacles gouvernementaux face au TSO	Pression sociale sur les PC (Stigmatisation)	Manque de nouvelles initiatives	Méconnaissance des services disponibles
Liban				✗		
Jordanie				✗		
Egypte		✗		✗		
Maroc				✗		
Tunisie				✗		

Les observations supplémentaires qui ont émergé d'une consultation avec les principaux défenseurs de la région ont soutenu nos conclusions et identifié un certain nombre de priorités dans les pays étudiés et d'autres.

Cela comprend l'importance de la prestation des services qui sont plus sécuritaires sur les plans physique, émotionnel et psychologique aux femmes.

Les femmes sont généralement plus stigmatisées que les hommes et peuvent se voir refuser des soins par leur famille sur la base de la honte liée au VIH/sida, la toxicomanie et aussi le traitement psychiatrique.

L'utilisation de technologies comme la télémédecine et la télé thérapie pourrait résoudre cet obstacle pour les femmes, mais aussi pour les personnes vivant dans des collectivités isolées, les personnes à faible revenu et celles qui craignent d'être stigmatisées.

La formation et l'incitation des professionnels de la santé mentale à se joindre au domaine de la réduction des risques et à se spécialiser dans les thérapies et les approches adaptées aux PC constituent une autre priorité.

Travailler avec cette population exige de l'expérience et une compréhension des défis particuliers auxquels elle fait face. Souvent, on doit vivre une double vie et cacher la maladie et la détresse de leurs familles, partenaires et proches.

Cette augmentation de la capacité des spécialistes pourrait se faire parallèlement à la sensibilisation de la population générale de cliniciens, à commencer par les prestataires des soins primaires jusqu'aux médecins, psychiatres, psychologues et infirmières spécialisés dans les maladies infectieuses. Même lorsque la prestation de soins n'est pas souhaitable dans le contexte général, il faut motiver les patients à demander de l'aide et les diriger vers les services appropriés avec la mentalité et l'attitude appropriées.

La stigmatisation des PC, combinée à la peur et à l'ignorance, empêche souvent cette étape importante qui pourrait changer leur vie. L'importance de la santé mentale devrait être soulignée pour elle-même avec l'utilisation de résultats mesurables autour de la dépression, de l'anxiété, de la qualité du sommeil et d'autres symptômes que l'on trouve couramment chez les PC. Une autre dimension est l'impact secondaire de la santé mentale positive sur l'adhésion au traitement médical, un comportement sain et le bien-être général.

H- Conclusion

Le rapport révèle un fardeau important en santé mentale chez les deux PC des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de drogues, en particulier celles ayant un trouble lié à l'utilisation d'opiacés, et les **PVVIH**.

Ce besoin est dû aux conditions, et aussi aux facteurs de stress personnels, sociaux et économiques qui en découlent.

Une intersection avec les besoins en santé mentale de la population **LGBTQ+** a également été identifiée, même si l'étendue de ces besoins dépassait la portée de notre rapport.

Le fardeau semble également présent dans les cinq pays étudiés, avec des variations mineures et un déficit dans la prestation de soins de santé mentale facilement accessibles.

Le coût, la stigmatisation et l'absence du personnel spécialisé contribuent à ce déficit. Les services actuels de réduction des risques peuvent être un cadre approprié pour la prestation de tels soins, mais pas exclusivement, étant donné que le VIH/sida et le TUS sont maintenant moins intimement liés au succès des initiatives de réduction des risques visant à réduire la transmission par injection intraveineuse au cours des dernières décennies.

Il est recommandé d'investir dans des soins efficaces, intégrés et d'une façon confidentielle en commençant par les structures établies dans chacun de ces cinq pays et en tenant compte du contexte socioculturel et du système de santé.

Pour que toute initiative soit rentable et efficace dans un délai raisonnable, elle doit faire partie d'un cadre d'enquête continue sur les besoins dans la région MENA.

Ce rapport identifie une pénurie de données cohérentes dans tous les pays étudiés. Un premier défi consiste à unifier la production de données et à définir des stratégies régionales en conséquence. Il est également recommandé d'adopter et d'adapter des interventions fondées sur des données probantes provenant d'autres régions du monde. **Il faut davantage de ressources pour encourager les milieux universitaires, politiques, de défense des intérêts et cliniques à se réunir dans l'intérêt des PC.**

Annexe

Guide de l'informateur et structure de l'entretien

Nous menons des entretiens avec des parties prenantes sélectionnées pour établir les besoins en santé mentale des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de produits opiacés ainsi que celles appartenant à des minorités sexuelles ou vivantes avec VIH/SIDA.

L'étude couvre 5 pays (**Egypte, Jordanie, Liban, Maroc, Tunisie**) et il est mené au nom de MENAHRA. Votre contribution est très importante pour nous aider à comprendre la situation et développer des recommandations essentielles.

La durée de l'entretien est entre 30 et 40 minutes maximum.

Nous rédigerons un rapport basé en partie sur le résultat des entretiens. Nous pouvons également utiliser des citations directes. Votre nom sera mentionné dans le rapport sauf si vous demandez explicitement à rester anonyme. Une copie du rapport final sera mise à votre disposition dès sa publication.

Entretien semi-directif :

ONG/Physicien/organisme gouvernemental :

- Depuis combien de temps êtes-vous impliqué directement ou indirectement dans ce domaine ou auprès de cette population (*personnes qui souffrent de troubles liés à l'utilisation des produits opiacés et aussi celles qui appartiennent à des minorités sexuelles ou qui ont le VIH/SIDA*).
- Pensez-vous que les troubles liés à la consommation des produits opiacés (*en général*) dans votre pays sont à un bon niveau ? Si oui, que faut-il pour l'améliorer davantage ? Si non, quels sont selon vous les principaux défis, obstacles ? Existe-t-il des services de santé mentale spécifiques pour les personnes qui utilisent des opiacés dans votre pays ? Veuillez expliquer plus.

-Existe-t-il des services de santé mentale spécifiques pour les personnes de la communauté LGBTQ+/PVVIH dans votre pays ? Si oui, quels sont-ils et quels sont vos commentaires à leur sujet ? Si non, pensez-vous qu'ils devraient exister ? Si oui, sous quelle forme ? (Besoins pour les PC). Existe-t-il des facteurs de risque supplémentaires pour les problèmes de santé mentale chez les PC ?

-Êtes-vous au courant de nouvelles initiatives en cours pour cette population (*TUO, VIH, LGBTQ+*) dans votre pays ? Est-ce une priorité ? Y a-t-il des pays que vous considérez comme des modèles de prestation de services pour ces populations ?

-Quel est selon vous l'impact du manque de services (*s'il y a un manque de services*) ?

-Quel est le rôle de la stigmatisation pour empêcher cette population de recevoir l'aide dont elle a besoin ?

-Avez-vous quelque chose à ajouter sur les sujets que nous avons abordés aujourd'hui ?

Si vous avez des questions après la fin de cet entretien, veuillez m'envoyer un courriel à saraa151018@gmail.com (*indiquez votre adresse courriel*).



Veillez nous parler de votre contexte et de votre rôle (***OU Parlez-nous un peu de vous - pour les patients et les soignants***).

-Parlez-nous de votre situation, des défis, de l'impact sur votre vie et votre famille (***pour les patients et les aidants***).

-Parlez-nous de toute aide, traitement et soutien (***pour les patients et les soignants***).

Pensez-vous que les troubles liés à la consommation d'opiacés (en général) dans votre pays sont à un bon niveau ? Si oui, que faut-il pour l'améliorer davantage ? Si non, quels sont selon vous les principaux défis, obstacles ? Existe-t-il des services de santé mentale spécifiques pour les personnes qui utilisent des opioïdes dans votre pays ? Veuillez expliquer plus.

-Existe-t-il des services de santé mentale spécifiques pour les personnes de la communauté LGBTQ+/PVVIH dans votre pays ? Si oui, quels sont-ils et quels sont vos commentaires à leur sujet ?

Si non, pensez-vous qu'ils devraient exister ? Si oui, sous quelle forme ? (Besoins pour les PC).

Existe-t-il des facteurs de risque supplémentaires de problèmes de santé mentale chez les PC de votre pays ?

-Êtes-vous au courant de nouvelles initiatives en cours pour cette population (OUD, VIH, LGBTQ+) dans votre pays ? Est-ce une priorité ? Y a-t-il des pays que vous considérez comme des modèles de prestation de services pour ces populations ?

-Quel est selon vous l'impact du manque de services (s'il y a un manque de services).

-Quel est le rôle de la stigmatisation pour empêcher cette population de recevoir l'aide dont elle a besoin ?

-Avez-vous quelque chose à ajouter sur les sujets que nous avons abordés aujourd'hui ?

Si vous avez des questions après la fin de cet entretien, veuillez m'envoyer un courriel à saraa151018@gmail.com (***indiquez votre adresse courriel***).

Annexe 2

Consentement éclairé.

Dans le cadre du fonds Mondial, MENAHRA met en œuvre une évaluation de la santé mentale pour étudier l'état et les besoins de populations clés dans 5 pays de la région MENA. MENAHRA vise à comprendre les causes et les facteurs de risque des problèmes de santé mentale chez les populations clés (personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation des produits opiacés et également celles appartenant à des minorités sexuelles ou les personnes vivant avec le VIH/SIDA) et les formes de soutien dont elles ont besoin.

Objectifs de l'évaluation :

1. Souligner les causes et les facteurs de risque des problèmes de santé mentale chez les PC en Égypte, en Jordanie, au Liban, au Maroc et en Tunisie.
2. Précisez les services de santé mentale dont les PC ont besoin dans ces 5 pays.

Nous visons à mener des entretiens avec des informateurs clés de chacun des pays mentionnés ci-dessus. Nous rédigerons un rapport basé en partie sur le résultat des entretiens. Nous pouvons également utiliser des citations directes sans mentionner les noms. Une copie du rapport final sera mise à votre disposition dès sa publication.

Votre rôle

Dans le cadre de l'évaluation, nous aimerions vous demander de participer à un entretien sur Zoom répondant à des questions liées à vos perceptions sur les causes et les facteurs de risque des problèmes de santé mentale chez les PC, et les besoins en santé mentale des PC dans votre pays. L'entretien durera environ 30 à 40 minutes. Si vous êtes d'accord, nous enregistrerons l'entretien en audio/vidéo pour pouvoir capturer toutes les idées discutées.

Risques/Bénéfices Possibles.

La participation à l'enquête est entièrement volontaire et vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment. Si vous ne souhaitez répondre à aucune des questions, nous passerons à la suivante. Si vous ne souhaitez pas que l'entretien soit enregistré, des notes seront prises à la place.

Confidentialité

La discussion lors de l'entretien restera confidentielle. Aucun nom ou identifiant ne sera mentionné dans le rapport. Votre confidentialité pendant l'évaluation sera assurée en utilisant un numéro d'identification de recherche. Les enregistrements de cet entretien seront stockés dans des fichiers protégés par un mot de passe.

Vos droits

Si vous avez des questions, des préoccupations ou des plaintes concernant cette évaluation, vous pouvez et si vous avez des questions après la fin de cet entretien, veuillez m'envoyer un courriel à saraa151018@gmail.com.

Le participant s'engage à participer à l'entretien :

Oui Non

Le participant accepte que l'entretien soit enregistré

Oui Non

Nom de l'enquêteur :

Date:

References

Bizri, M., El Hayek, S., Beaini, H., Kobeissy, F., & Talih, F. (2021). National Trauma and Substance Use Disorders: A slippery slope in Lebanon. *Substance Abuse*, 42(3), 264–265.

<https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1915919>

Buckingham, E., Schrage, E., & Cournos, F. (2013). Why the treatment of mental disorders is an important component of HIV prevention among people who inject drugs. *Advances in Preventive Medicine*, 2013, 1–9.

<https://doi.org/10.1155/2013/690386>

Chahine, L. M., & Chemali, Z. (2009). Mental health care in Lebanon: Policy, plans and programmes. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(6), 1596-1612.

Charfi, F., Ouali, U., Spagnolo, J., Belhadj, A., Nacef, F., Saidi, O., & Melki, W. (2021). Highlighting successes and challenges of the Mental Health System in Tunisia: An overview of services, facilities, and Human Resources. *Journal of Mental Health*, 1–9.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875414>

El-Khoury, J., Abbas, Z., Nakhle, P. E., & Matar, M.-T. (2016). Implementing opioid substitution in Lebanon: Inception and challenges. *International Journal of Drug Policy*, 31, 178–183.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.015>

El Kirat, H., & Filali, H. (2014). La représentation des professionnels de santé mentale sur leurs pratiques à Rabat, Maroc. *Santé Publique*, Vol. 26(3), 385–391. <https://doi.org/10.3917/spub.139.0385>

Elsharkawy, A., Salem, M. R., Asem, N., Ibrahim, W. K., Ramadan, E. G., Abdelaziz, M. A., ... & Hassany, M. (2022). Perceived stigma and healthcare services in healthcare settings among people living with HIV in Egypt: a qualitative study. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 116(9), 868-873.

Galal, Y. S., Khairy, W. A., Mohamed, R., Esmat, G., Negm, M., Alaty, W. H., Saeed, M. A., Fouad, R., Elzahaby, A. A., Zaky, S., Sakr, M. A., & Cordie, A. (2022). HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 116(7), 636–644. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab188>

Ghaddar, A., Abbas, Z., & Haddad, R. (2017). Opiate agonist treatment to improve health of individuals with opioid use disorder in Lebanon. *Harm Reduction Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0204-8> (Ghaddar et al., 2017)

Hallit, S., Hajj, A., Sacre, H., Al Karaki, G., Malaeb, D., Kheir, N., Salameh, P., & Hallit, R. (2019). Impact of sleep disorders and other factors on the quality of life in general population. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 207(5), 333–339. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000968>

Harris, M. G., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Cia, A. H., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Lee, S., Lépine, J. P., Levinson, D., ... Degenhardt, L. (2019). Cross-national patterns of substance use disorder treatment and associations with mental disorder comorbidity in the WHO world mental health surveys. *Addiction*, 114(8), 1446–1459. <https://doi.org/10.1111/add.14599>

Himmich, H., & Madani, N. (2016). The state of harm reduction in the Middle East and North Africa: A focus on Iran and Morocco. *International Journal of Drug Policy*, 31, 184–189. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.013>

Icick, R., Moggi, F., Slobodin, O., Dom, G., Mathys, F., van den Brink, W., Levin, F. R., Blankers, M., Kaye, S., Demetrovics, Z., van de Glind, G., Velez-Pastrana, M. C., Schellekens, A. S. A., & ICASA-group (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Global Severity Profiles in Treatment-Seeking Patients with Substance Use Disorders. *European addiction research*, 26(4-5), 201–210. <https://doi.org/10.1159/000508546>

Idrissi, W. S., Ahami, A. O., Ghaihlan, T., Azzaoui, F.-Z., & Mammad, K. (2018). The evolution of the health status and quality of life of heroin addicts treated with methadone in the city of Tangier, Morocco. *Psychology*, 09(04), 519–528. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.94031>

Karam, E. G., Yabroudi, P. F., & Melhem, N. M. (2002). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: A study from Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 463–468. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.35910>

Khoshnood, K., Smoyer, A. B., Maviglia, F., Kara, J., Khouri, D., Fouad, F. M., & Heimer, R. (2022). Stress, marginalization, and disruption: A qualitative rapid situational assessment of substance users and HIV risk in Lebanon. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9242. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159242>

Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiaty, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D. S., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO Collaborative Study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9), 1484–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x>

Marih, L., Sawras, V., Pavie, J., Sodqi, M., Malmoussi, M., Tassi, N., Bensghir, R., Nani, S., Lahsen, A. O., Laureillard, D., El Filali, K. M., Champenois, K., & Weiss, L. (2021). Missed opportunities for HIV testing in patients newly diagnosed with HIV in Morocco. *BMC Infectious Diseases*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05711-2>

MENAHRA. (2017). Assessment of Situation & Response of Drug Use And Its Harms in the Middle East And North Africa. ***MENAHRA. Assessment of Situation and Response of Drug Use and Its Harms in the Middle East and North Africa (menahra.org)***

MENAHRA. (2021). Rights of People Who Use Drugs A Menahra Report. MENAHRA. ***Rights of People Who Use Drugs (menahra.org)***

Mesrati, M. A., Haj Salem, N., Boussaid, M., Mahjoub, Y., Chadly, A., & Aiss-aoui, A. (2017). Rights and duties of patients suffering from human immunodeficiency virus (HIV) in tunisia. *Tunisie Medicale*, 95(5), 318 Mohammed Ali, A. (2019). Internalized stigma is associated with psychological distress among patients with substance use disorders in Egypt. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, 5(2). <https://doi.org/10.15761/jsin.1000209>

Ministry of Public Health. (2017). Mental Health and Substance Use Prevention, Promotion, and Treatment. Ministry of Public Health. ***Mental Health And Substance Use Prevention, Promotion And Treatment Strategy For Lebanon 2015-2020 (moph.gov.lb)***

Moussa, A. B., Delabre, R. M., Villes, V., Elkhammas, M., Bennani, A., Ouarsas, L., Filali, H., Alami, K., Karkouri, M., & Castro, D. R. (2021). Determinants and effects or consequences of internal HIV-related stigma among people living with HIV in Morocco. *BMC Public Health*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10204-1>

Mumtaz, G. R., Kouyoumjian, S. P., Hilmi, N., Zidouh, A., Rhilani, H. E., Alami, K., Bennani, A., Gouws, E., Ghys, P. D., & Abu-Raddad, L. J. (2013). The distribution of new HIV infections by mode of exposure in Morocco. *Sexually Transmitted Infections*, 89(Suppl 3), iii49–iii56.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050844>

Novak, P., Feder, K. A., Ali, M. M., & Chen, J. (2019). Behavioral Health Treatment Utilization among individuals with co-occurring opioid use disorder and mental illness: Evidence from a national survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 98, 47–52. **<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.006>**

O'Brien, C. P., Charney, D. S., Lewis, L., Cornish, J. W., Post, R. M., Woody, G. E., Zubieta, J.-K., Anthony, J. C., Blaine, J. D., Bowden, C. L., Calabrese, J. R., Carroll, K., Kosten, T., Rounsaville, B., Childress, A. R., Oslin, D. W., Pettinati, H. M., Davis, M. A., DeMartino, R., ... Weisner, C. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action. *Biological Psychiatry*, 56(10), 703–713.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.002>

Okasha, T., Shaker, N. M., & Elgabry, D. M. (2022). Community Mental Health Services in Egypt. *Consortium Psychiatricum*.
<https://doi.org/10.17816/cp165>

Overview. World Bank. (2022). Retrieved December 7, 2022, from <https://www.worldbank.org/en/country/egypt/overview>
Pacini, M., Maremmani, A. G. I., & Maremmani, I. (2020). The Conceptual Framework of Dual Disorders and Its Flaws. *Journal of clinical medicine*, 9(7), 2098. **<https://doi.org/10.3390/jcm9072098>**

Shakiba, E., Ramazani, U., Mardani, E., Rahimi, Z., Nazar, Z. M., Najafi, F., & Moradinazar, M. (2021). Epidemiological features of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa from 1990 to 2017. *International Journal of STD & AIDS*, 32(3), 257–265. <https://doi.org/10.1177/0956462420960632>

Spagnolo, J., Champagne, F., Leduc, N., Rivard, M., Piat, M., Laporta, M., Melki, W., & Charfi, F. (2018). Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0243-x>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Treating Substance Use Disorders Among People with HIV*. Advisory.

UNODC. (2022). *World Drug Report 2022*.
World Drug Report 2022 (unodc.org)

WHO & Ministry of Health. (2020). *Jordan - WHO Special Initiative for Mental Health*. Jordan - WHO Special Initiative for Mental Health

WHO & Ministry of Health. (2015). *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Lebanon*. WHO, Lebanon.
WHO-AIMS Report On Mental Health System In Lebanon (moph.gov.lb)

World Health Organization. (2022). *HIV*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Yasin, H., Bulatova, N., & Wazaify, M. (2020). Patterns of substance use among patients in addiction rehabilitation in Jordan. *Substance Use & Misuse*, 55(7), 1035–1044.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1722697>



Hayek Roundabout
Fleur Art building, 3'd Floor
Sin el Fil, Lebanon



+961 1 49 32 11 | info@menahra.org
www.menahra.org