



L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR
LES SERVICES PSYCHIATRIQUES,
NEUROLOGIQUES ET LIÉS À L'USAGE DE
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

**RÉSULTATS D'UNE ÉVALUATION RAPIDE
DANS LA RÉGION AFRICAINE**

8 OCTOBRE 2020



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique

L'impact de la COVID-19 sur les services psychiatriques, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives : résultats d'une évaluation rapide dans la Région africaine

© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers.

L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. L'impact de la COVID-19 sur les services psychiatriques, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives : résultats d'une évaluation rapide dans la Région africaine. Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iv
Sigles et abréviations	v
Résumé analytique	vi
1. Introduction	1
2. Méthodologie	3
3. Résultats	7
3.1 Réponse et coordination en matière de santé mentale et de soutien psychosocial	7
3.1.1 La SMSPS comme partie intégrante des plans de riposte contre la COVID-19	8
3.1.2 Coordination multisectorielle en matière de SMSPS	9
3.1.3 Adhésion à la plateforme de coordination multisectorielle	10
3.2 Impact sur l'utilisation des services psychiatriques, neurologiques et de toxicomanie	10
3.2.1 Inclusion des services pour troubles mentaux, neurologiques et de consommation de substances psychoactives dans la liste des services de santé essentiels	11
3.2.2 Politiques d'accès aux services essentiels pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives	11
3.2.3 Accès aux services dans la Région africaine, par établissement et par catégorie de services	12
3.2.4 Stade de transmission et interruption de services	13
3.3 Perturbation des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique en raison de la COVID-19	14
3.3.1 Niveau de perturbation des services de santé mentale et neurologique	14
3.3.2 Causes des perturbations des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique	16
3.3.3 Perturbations, catégories de revenus, restrictions de voyage et disponibilité d'EPI	17
3.3.4 Approches visant à surmonter les perturbations dans la Région africaine	18
3.4 Surveillance et recherche concernant les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives pendant la pandémie de COVID-19	20
3.4.1 Collecte de données sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives	20
3.4.2 Études relatives à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale	20
4. Conclusion	23
Annexe 1 : Liste des pays ayant répondu dans la Région africaine	24

REMERCIEMENTS

L'enquête a été réalisée par le Département Santé mentale et usage de substances psychoactives (MSD) de l'Organisation mondiale de la santé à Genève. Les orientations et la conceptualisation de l'évaluation rapide ont été fournies par Dévora Kestel, directrice de MSD ; Tarun Dua a coordonné la mise en œuvre générale ; et Fahmy Hanna et Jorge Castro ont dirigé la conception du questionnaire, la gestion des données, l'analyse statistique et la préparation du rapport global final.

Dans la Région africaine, nous sommes particulièrement reconnaissants à Florence Baingana, conseillère régionale de l'OMS Afrique pour la santé mentale et l'abus de substances psychoactives, et à tous les collègues de l'équipe de direction de la division des Maladies non transmissibles - NCD professeur Jean Marie Dangou (chef d'équipe) et Olivia Endzandza (assistante administrative).

Enfin, nous remercions tous les États membres qui ont participé à l'évaluation rapide, permettant l'analyse et l'achèvement de ce rapport.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFR	Région africaine de l'OMS
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
RAM	OMS Région des Amériques
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DME	OMS Région de la Méditerranée orientale
EUR	OMS Région européenne
IASC	Comité permanent interorganisations
EAIP	Équipe d'appui interpays
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SMN	Santé mentale, neurologique et usage de substances psychoactives
MSD	OMS Département Santé mentale et usage de substances psychoactives
MNT	maladies non transmissibles
ONG	organisation non gouvernementale
EPI	Équipements de protection individuelle
Banque mondiale	Banque mondiale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WPR	OMS Région du Pacifique occidental

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié la santé mentale comme une partie intégrante de la réponse à la COVID-19. Son évaluation rapide de la prestation de services pour les troubles mentaux, neurologiques et ceux liés à la consommation de substances psychoactives (MNS) pendant la pandémie de COVID-19, sur laquelle se fonde ce rapport, est la première tentative de mesure de l'impact de la pandémie sur ces services au niveau mondial. Les données ont été collectées par le biais d'une enquête en ligne réalisée par les points focaux de santé mentale des ministères de la Santé entre juin et août 2020. Le questionnaire portait sur l'existence et le financement des plans de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS), la présence et la composition des plateformes de coordination SMSPS, le degré de continuation et les causes de perturbation des différents services de SMN, les approches utilisées pour surmonter ces perturbations, ainsi que les mécanismes de surveillance et la recherche sur les données liées à la santé mentale et neurologique.

Au total, 28 des 47 États membres de l'OMS de la Région africaine, soit 60 %, ont répondu à l'enquête, contre 67 % pour l'ensemble des régions de l'OMS. Les données ont été ventilées par région, groupe de revenu et stade de transmission de la COVID-19. Une analyse plus poussée des données spécifiques à la Région africaine a été réalisée pour certaines variables.

Une majorité remarquable de pays de la Région africaine, 96 % (27 des 28 pays ayant répondu) contre 89 % des pays ayant répondu au niveau mondial, ont indiqué que la réponse à la SMSPS faisait partie de leurs plans nationaux de réponse à la COVID-19. Cependant, seuls 25 % de ces pays (contre 17 % au niveau mondial) ont assuré un financement supplémentaire complet de la SMSPS couvrant toutes les activités.

Alors que 57 % des pays de la Région africaine ayant répondu ont déclaré disposer d'une plateforme de coordination de la SMSPS, 100 % de ces plateformes comprenaient les ministères de la santé, contre 65 % au niveau mondial.

La continuité de tous les services de santé mentale et neurologique a été incluse dans la liste des services de santé essentiels dans les plans nationaux de réponse à la COVID-19 de 64 % des pays africains ayant répondu à l'enquête, contre 51 % des pays ayant répondu au niveau mondial.

Pour comprendre les politiques gouvernementales sur l'accès à une gamme de services de santé mentale et neurologique, l'on a cherché à savoir les services existants qui n'étaient plus offerts dans différentes catégories et différents contextes. Au total, dix services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives ont été examinés, notamment les services hospitaliers et ambulatoires dans les hôpitaux psychiatriques, les unités psychiatriques et

neurologiques de soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans les hôpitaux généraux, et les services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives dans les soins de santé primaires, les services de soins à domicile et de soins du jour au niveau communautaire. Environ 17 % des pays de la Région africaine ont déclaré que tous les services étaient entièrement ouverts, tandis que 93 % des pays à l'échelle mondiale ont signalé des perturbations dans un ou plusieurs de leurs services pour les troubles MNS. Aucun pays n'a signalé la fermeture complète de tous les services.

Les types de services perturbés diffèrent d'une région à l'autre. Dans la Région africaine, les services de traitement de la toxicomanie et les services de santé mentale liés à l'activité scolaire et professionnelle ont été les plus touchés. Au niveau mondial, les services suivants ont été largement perturbés : les services de santé mentale en milieu scolaire et professionnel, les services de santé mentale pour les personnes âgées et les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Dans la Région africaine, les services ambulatoires et hospitaliers des hôpitaux psychiatriques sont restés ouverts dans près de 80 % des pays ayant répondu au questionnaire ; les services ambulatoires et les services de santé mentale des hôpitaux généraux sont restés ouverts dans 70 % et 78 % des pays ayant répondu au questionnaire, respectivement. Les services les plus touchés sont les unités d'hospitalisation pour toxicomanie dans les hôpitaux généraux et les services de proximité, bien qu'ils soient tous les deux considérés comme entièrement ouverts dans plus de 50 % des pays ayant répondu.

Il a également été demandé aux pays de faire état des perturbations (complètes ou partielles) impliquant la prestation d'interventions spécifiques dans les services de santé mentale. Pour les besoins de l'enquête, une perturbation complète a été définie comme étant plus de 50 % des utilisateurs qui ne sont pas desservis comme d'habitude, et une perturbation partielle comme étant entre 5 % et 50 % des utilisateurs qui ne sont pas desservis comme d'habitude.

Il est surprenant de constater que les pays de la Région africaine qui ont répondu ont indiqué que les services suivants étaient les moins perturbés : soutien psychologique et psychosocial (seulement 14 % des services totalement perturbés), médicaments essentiels pour les troubles mentaux et neurologiques (14 %) et services d'urgence pour les troubles mentaux et neurologiques (18 %). La situation est différente au niveau mondial, où environ 30 % des pays ont fait état d'une certaine perturbation dans la prise en charge des manifestations des troubles neurologiques mentaux d'urgence (notamment l'épilepsie, le délire et les syndromes graves de sevrage), ainsi que dans l'approvisionnement en médicaments pour les personnes souffrant de troubles neurologiques mentaux.

Les principales causes de perturbation aux niveaux mondial et régional sont les suivantes : une diminution du volume des services ambulatoires due au fait que les patients ne se présentent pas, des restrictions de voyage entravant l'accès des patients aux établissements de santé et une diminution du volume des hospitalisations due à l'annulation de soins non urgents.

Dans la Région africaine, les facteurs liés à l'offre et au manque de ressources dans les systèmes de soins de santé étaient prédominants. Il s'agit notamment de l'insuffisance du personnel (46 % en Afrique contre 32 % dans le monde), de la non-disponibilité des produits de santé (43 % en Afrique contre 23 % dans le monde) et de l'insuffisance des équipements de protection individuelle (EPI) (43 % de la en Afrique contre 28 % dans le monde).

Les pays ont réagi de diverses manières à l'interruption des services de santé mentale. Les approches utilisées sont différentes entre le niveau mondial et le niveau régional. Dans la Région africaine, l'accent a été mis sur la mise en place de lignes d'assistance téléphonique et de mesures spécifiques pour la prévention et la lutte anti-infectieuse, ainsi que sur le triage. Au niveau mondial, jusqu'à 70 % des pays ont répondu en utilisant la télémédecine/téléthérapie pour remplacer les consultations en présentiel (y compris le recours à tout contact à distance, comme le téléphone ou la vidéoconférence). D'autres mesures au niveau mondial sont similaires à celles mises en œuvre dans la Région africaine, notamment l'utilisation de lignes d'assistance téléphonique en matière de SMSPS (68 %) et des mesures spécifiques pour la prévention et la lutte anti-infectieuse dans les services de santé mentale (65 %). Alors que la formation aux compétences psychosociales de base pour les agents de santé travaillant dans les centres de traitement de la COVID-19 était l'approche la plus courante dans les pays à revenu faible (60 %), elle se classait en quatrième position dans la Région africaine, avec environ 37 % des pays ayant répondu. Cependant, des interventions telles que le partage des tâches par le renforcement des capacités des agents de santé généraux semblent être sous-utilisées dans la Région africaine (43 %).

Un peu plus de la moitié des pays ayant répondu (53 %) ont indiqué qu'ils recueillaient des données sur les troubles neurologiques et mentaux ou leurs manifestations chez les personnes atteintes de COVID-19, et deux tiers d'entre eux (66 %) ont fait état d'études en cours ou prévues concernant l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale. Une lacune a été identifiée dans les domaines de l'usage de substances psychoactives et de la recherche neurologique liée à la pandémie.

Ce rapport fournit des informations clés sur l'ampleur de la perturbation des services de santé mentale et sur les mesures adoptées pour y faire face, tant au niveau mondial que dans la Région africaine. Il convient de garder à l'esprit certaines limites lors de l'examen des résultats de cette évaluation rapide ; il s'agit notamment des limites associées aux données autodéclarées, notamment en ce qui concerne les jugements souvent portés par un seul point focal.

L'enquête souligne la nécessité de renforcer le suivi des changements dans la disponibilité, la fourniture et l'utilisation des services au niveau national, et de prendre des décisions éclairées sur les adaptations et les stratégies requises pour les soins de santé mentale et neurologique pendant la pandémie. Les orientations de l'OMS intitulées « *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19* » comprennent des adaptations et des considérations spécifiques pour la prestation et le rétablissement en toute sécurité des services de soins de santé mentale couvrant les soins aigus d'urgence, les orientations en matière de soins ambulatoires et d'autres contextes.

MESSAGES CLÉS

dans la Région africaine :

- La SMSPS est reconnue comme une partie intégrante de la réponse à la COVID-19. Presque 100 % des États membres ayant répondu ont inclus la SMSPS dans leur réponse. Ils avaient également élaboré des plans relatifs à la SMSPS, qui pour la plupart n'étaient pas financés.
- Il y a eu des perturbations dans les services de SMSPS, en particulier pour les troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie, au niveau des soins de santé primaires et des communautés.
- Les pays se sont adaptés et ont réagi à ces perturbations en augmentant l'utilisation des lignes d'assistance téléphonique pour fournir des conseils et en renforçant les mesures spécifiques de prévention et de lutte anti-infectieuse et de triage.
- Il est nécessaire de renforcer le suivi des changements dans la disponibilité, la fourniture et l'utilisation des services au niveau national, et de prendre des décisions éclairées sur les adaptations et les stratégies requises pour les soins de santé mentale et neurologique.
- Des investissements plus importants sont nécessaires pour initier/renforcer l'utilisation de technologies plus récentes telles que la télémédecine et la téléthérapie.

1

C H A P I T R E U N

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Dans la Région africaine, le premier cas de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été détecté en Algérie le 25 février 2020. Au 15 juillet 2020 (à mi-parcours de l'évaluation rapide), les chiffres actualisés dans la Région africaine représentaient 3,9 % des cas confirmés dans le monde et 1,5 % des décès dans le monde. À cette date, la Région africaine comptait un total de 503 122 cas confirmés et 8 607 décès¹. Au 16 septembre 2020, la Région africaine comptait 1 120 722 cas confirmés et 24 244 décès. Même si cela semble être une augmentation exponentielle, les chiffres s'élèvent toujours à 3,8 % des cas confirmés dans le monde, bien que la proportion de décès en Afrique soit passée à 2,6 % des chiffres mondiaux². À la mi-juillet 2020, trente-trois pays connaissaient une transmission communautaire, dix présentaient des grappes de cas et quatre des cas sporadiques, alors qu'à la mi-septembre, la transmission communautaire était enregistrée dans 35 pays, les grappes de cas dans neuf pays et la propagation sporadique dans trois pays.

La COVID-19 a des conséquences directes et indirectes sur la santé mentale, créant ainsi une demande de services. La COVID-19 présente des risques de développement, d'exacerbation et de rechute de toute une série de troubles mentaux, neurologiques et de consommation de substances psychoactives (SMN). La COVID-19 est associée à des complications neurologiques et mentales, telles que le délire/encéphalopathie, l'agitation, les accidents vasculaires cérébraux, l'insomnie, la perte du sens, du goût et de l'odorat, l'anxiété, la dépression et le syndrome de Guillain-Barré. En outre, les troubles mentaux et neurologiques préexistants augmentent le risque de maladie grave et/ou de décès lié à la COVID-19. Les restrictions liées à la distanciation sociale, le confinement à l'échelle nationale, la fermeture d'entreprises considérées comme « non essentielles » et les restrictions de voyage, entre autres, entraînent également une augmentation des niveaux de stress, d'anxiété et de dépression. Le nombre de décès enregistrés en peu de temps, la crainte de contracter la maladie et la peur d'infecter ses proches sont autant de facteurs qui font de

cette pandémie un phénomène qui touche presque chaque individu d'une manière ou d'une autre. Avant la COVID-19, les systèmes de santé mentale de la Région africaine étaient déjà mis à rude épreuve par la faiblesse des structures de gouvernance, la centralisation et l'institutionnalisation des soins

(souvent de mauvaise qualité), la limitation des services de santé mentale au niveau des soins de santé communautaires et primaires, la grave pénurie de ressources humaines en santé mentale et la pénurie chronique de médicaments, pour ne citer que quelques exemples. Cette situation est aggravée par une mauvaise connaissance de la santé mentale et des comportements de recherche de soins de santé mentale parmi les populations, notamment des mythes et des perceptions erronées qui conduisent à la stigmatisation et à la discrimination des personnes souffrant de maladies mentales.

Tirant les leçons de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et d'autres urgences complexes telles que l'insurrection de Boko Haram dans le nord-est du Nigeria, l'OMS a inclus la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) comme élément clé de la réponse à la COVID-19. Très tôt dans la réponse, des directives cliniques ont été élaborées qui incluaient la SMSPS ; une note d'orientation a été élaborée sur la réponse multisectorielle à la SMSPS ; un livre pour enfants, intitulé « Mon héroïne, c'est toi »¹³ a été conçu et traduit dans plus de 130 langues, dont le français et l'anglais, ainsi que dans 17 langues et dialectes africains¹⁴. Un manuel sur les compétences psychosociales de base pour les intervenants a été élaboré et diffusé. La Région africaine de l'OMS a élaboré et diffusé des orientations pour les États membres, y compris un soutien à la création de groupes de travail techniques (TWG) sur la SMSPS, ainsi qu'un financement pour les activités de SMSPS.

Pour suivre l'accès aux services de santé mentale et s'assurer de la continuité des services essentiels de santé mentale, une enquête a été menée dans les six régions de l'OMS. Il s'agissait de la première tentative d'évaluation de l'impact de la COVID-19 sur les services de santé mentale au niveau mondial. L'enquête portait sur l'existence et le financement des plans de santé mentale et de soutien psychosocial, la présence et la composition des plateformes de coordination en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, le degré de continuation et les causes de perturbation, ainsi que la surveillance et la recherche sur les données relatives à la santé mentale et neurologique. Les résultats de l'enquête donnent un aperçu de l'impact de la COVID-19 sur les services de santé mentale et neurologique et permettent de comprendre les raisons des perturbations. Ces informations serviront de base à la planification et à l'intervention visant à atténuer les effets par pays et par région.

¹ COVID-19 Région africaine de l'OMS : Rapport sur la situation extérieure 20, 15 juillet 2020

² COVID-19 Région africaine de l'OMS : Rapport sur la situation extérieure 29, 15 septembre 2020

¹³ IASC « Mon héroïne c'est, toi » livre d'histoires pour enfants sur la COVID-19. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-met-health-and-psycho-social-support-emergency-settings/my-hero-you-0>

¹⁴ Acholi, Adhola, Amharique, Haoussa, Igbo, IsiZulu, Juba, Arabe, Kinyarwanda, Luganda, Lugbara, Lukhonzu, Ndebele, Nuer, Runyankore, Swahili, Tigrinya (Ethiopie), et Tigrinya (Erythrée).



C H A P I T R E D E U X

MÉTHODOLOGIE

2. MÉTHODOLOGIE

Le Département Santé mentale et usage de substances psychoactives (MSD) de l'OMS a élaboré l'enquête intitulée « Évaluation rapide de la prestation de services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives pendant la pandémie de COVID-19 » en collaboration avec les six bureaux régionaux de l'OMS. L'enquête a suivi le modèle d'une récente enquête de l'OMS sur l'impact de la COVID-19 sur les ressources et les services liés aux maladies non transmissibles (MNT),⁵ mais a adapté sa structure et sa portée à la santé mentale. L'enquête a été rédigée en anglais et traduite en français, russe, espagnol, chinois et portugais, et a été lancée à la mi-juin 2020.

Il a été demandé aux ministères de la Santé, par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays de l'OMS, de désigner un point focal pour la réalisation de l'enquête. Le point focal a été encouragé à contacter d'autres experts dans le pays afin d'obtenir des informations pertinentes pour répondre aux questions de l'enquête. Un contact étroit avec les points focaux a été maintenu dès leur nomination jusqu'à la soumission du questionnaire. Les membres du personnel de l'OMS au siège et dans les bureaux régionaux et de pays étaient disponibles pour répondre aux questions, fournir des conseils supplémentaires et aider les points focaux à remplir le questionnaire d'enquête. Dans certaines régions et sur demande, des webinaires ont été organisés avec

les points focaux afin de fournir des informations supplémentaires sur l'enquête et de répondre aux questions fréquemment posées. L'enquête était basée sur le web et s'appuyait sur la plateforme LimeSurvey, et les pays ont été fortement encouragés à utiliser cette méthode pour la soumission. Une version Microsoft Word du questionnaire a été mise à disposition sur demande. L'encadré 1 présente les domaines thématiques et les questions de l'enquête. Le questionnaire complet est disponible à l'annexe 1.

Les réponses ont été reçues entre le 15 juin et le 15 août 2020, bien qu'une poignée de réponses aient été acceptées après cette date (voir l'annexe 2 pour la liste complète des pays ayant répondu dans la Région africaine). Cinquante pour cent des réponses ont été reçues au cours du mois de juillet. Lorsque le Secrétariat de l'OMS recevait un questionnaire rempli, l'équipe l'examinait pour y déceler des réponses incomplètes et incohérentes. Les répondants ont été recontactés et ont été invités à fournir des éclaircissements et des corrections, le cas échéant, afin de garantir la qualité des données. Les données du questionnaire national ont été téléchargées directement de la plateforme web dans une base de données Microsoft Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Encadré 1 : Domaines thématiques et questions de l'enquête

Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) :

- Q1. L'intervention en matière de SMSPS fait-elle partie du plan de riposte national anti COVID-19 ?
- Q2. Existe-t-il des plateformes de coordination multisectorielles en matière de SMSPS pour COVID-19 ?

Services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives (SMN) pendant la pandémie COVID-19 :

- Q3. La garantie de la continuité des services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives est-elle incluse dans la liste des services de santé essentiels dans le cadre de la réponse de votre pays contre la COVID-19 ?
- Q4. Pendant la pandémie COVID-19, quelles sont les politiques gouvernementales en matière d'accès aux services essentiels pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives aux niveaux des soins primaires, secondaires et tertiaires ?
- Q5. Parmi les interventions/services suivants liés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives, lesquels ont été perturbés par la COVID-19 ?
- Q6. Quelles sont les principales causes de cette ou ces perturbations ?
- Q7. Quelles sont les approches utilisées pour surmonter ces perturbations ?

⁵ Organisation mondiale de la Santé. L'impact de la pandémie de COVID-19 sur les ressources et services liés aux maladies non transmissibles : résultats d'une évaluation rapide. Genève, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/ncs-covid-rapid-assessment>



Surveillance et recherche concernant les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives pendant la pandémie de COVID-19 :

- Q8. Le ministère de la Santé recueille-t-il ou rassemble-t-il des données sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives ou leurs manifestations chez les personnes atteintes de COVID-19 ?
- Q9. Une étude est-elle prévue ou en cours concernant l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale/ la santé cérébrale et la consommation de substances psychoactives dans le pays (par le gouvernement ou toute autre personne, qu'elle soit indépendante ou qu'elle fasse partie d'une enquête plus large) ?

L'analyse présentée dans ce rapport est basée sur des données nationales non pondérées. Les données ont été analysées par région de l'OMS, par groupe de revenu de la Banque mondiale¹¹ (sur la base des classifications établies en juillet 2020¹² et par stade de transmission dans les pays répondants (à la date du milieu de l'enquête, le 15 juillet)¹³. Il convient de garder certaines limites à l'esprit lorsque l'on examine les résultats de cette évaluation rapide.

Premièrement, il est essentiel de reconnaître les limites associées aux données autodéclarées, en particulier lorsque les jugements sont souvent rendus par un seul point focal. Pour certaines des variables, il n'est pas possible de comparer les réponses autodéclarées avec les informations disponibles en raison de la nature aiguë de l'urgence et de la disponibilité limitée des données. Bien que les points focaux aient été encouragés à consulter d'autres parties prenantes, en particulier d'autres intervenants humanitaires, il est difficile de déterminer dans quelle mesure une consultation complète a eu lieu dans chaque pays.

En outre, cette évaluation rapide n'a pas inclus d'autres méthodes telles que des groupes de discussion ou des entretiens avec des informateurs clés. Une autre limite est que la plupart des informations fournies concernent le pays dans son ensemble, ce qui minimise la variabilité potentiellement importante au sein des pays concernant, par exemple, les zones rurales par rapport aux zones urbaines ou les régions éloignées par rapport aux régions centrales du pays.

L'autre limite notable est la faiblesse des systèmes d'information nationaux préexistants.

Selon l'Atlas de la santé mentale 2017 de l'OMS, seuls 37 % des États membres compilent régulièrement des données spécifiques à la santé mentale couvrant au moins le secteur public.

En outre, 29 % des États membres de l'OMS compilent des données sur la santé mentale dans le cadre des statistiques générales sur la santé¹⁴. Pendant la pandémie de COVID-19, nous avons dû nous appuyer sur des systèmes d'information préexistants avec leurs limites pour connaître l'impact actuel sur les services.

Malgré nos meilleurs efforts pour obtenir des informations de tous les pays sur toutes les variables, certains pays n'ont pas pu fournir de données pour certaines questions, et d'autres n'ont tout simplement pas pu participer à l'exercice dans le délai imparti. La raison la plus fréquente avancée pour ne pas participer à l'exercice ou expliquant des données incomplètes était que les points focaux étaient engagés dans la riposte contre une situation d'urgence aiguë, comme l'ont communiqué certains pays ainsi que les bureaux régionaux et de pays de l'OMS. Par ailleurs, la situation évoluait rapidement dans certains cas, ou les données disponibles étaient parfois difficiles à utiliser pour communiquer les informations tel que demandé dans l'enquête. Cela pourrait entraîner un biais potentiel dans l'interprétation des données au niveau des groupes, tels que les régions de l'OMS ou les groupes de revenus de la Banque mondiale. Cette enquête sera une activité permanente pour l'OMS, qui sera répétée régulièrement et intégrée à l'enquête de conjoncture sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie COVID-19.¹⁵

¹¹ À des fins opérationnelles et analytiques, les économies sont classées par groupes de revenu en fonction du revenu national brut (RNB) par habitant de 2019, calculé selon la méthode de l'Atlas de la Banque mondiale. Les groupes sont les suivants : revenu faible, US\$ 1035 ou moins par habitant ; revenu intermédiaire de la tranche inférieure, US\$ 1036 à US\$ 4045 ; revenu intermédiaire de la tranche supérieure, US\$ 4046 à US\$ 12 535 ; et revenu élevé, US\$ 12 536 ou plus.

¹² Banque mondiale. Country Classification; June 2020. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification>

¹³ Organisation mondiale de la Santé. Tableau de bord de la maladie à coronavirus (COVID-19). Classification des transmissions (15 juillet 2020). <https://covid19.who.int/>

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé. Atlas OMS de la santé mentale, 2017 Genève, 2018 :

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé. Enquête sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 – rapport provisoire de l'OMS, 27 août 2020. Genève, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

3

C H A P I T R E T R O I S

RÉSULTATS

3. RÉSULTATS

Ce rapport comprend l'analyse des données des États membres de la Région africaine, en incluant parfois les résultats de l'analyse effectuée à l'échelle mondiale, afin d'avoir une idée de la façon dont la Région africaine se comporte face au reste du monde.

Au total, 28 des 47 pays de la Région africaine ont répondu à l'enquête. Pour certains des résultats, seuls les pays qui ont répondu aux questions avec des réponses validées ont été pris en compte, ce qui explique que le nombre total ne soit pas toujours de 28. L'enquête a été réalisée entre le 15 juin et le 15

août 2020. Le stade de transmission de la COVID-19 dans les pays ayant répondu a été prise comme point médian de l'enquête le 15 juillet 2020.

Les données ont été analysées par région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale. Le taux de réponse a varié selon les régions et les catégories de revenus, comme le montre le tableau ci-dessous. Comme on peut le voir, compte tenu de tout ce qui se passait dans les États membres, l'Afrique a obtenu un taux de réponse de 60 %.

Tableau 1 : Taux de réponse par région de l'OMS et par groupe de revenu de la Banque mondiale

		Nombre total de pays	Nombre de pays ayant répondu	Taux de réponse
RÉGION	Région africaine de l'OMS	47	28	60 %
	RAM	35	29	83 %
	EMR (Région de la Méditerranée orientale)	21	19	90 %
	EUR (Région européenne)	53	26	49 %
	SEAR (Région de l'Asie du Sud-Est)	11	6	54 %
	WPR (Région du Pacifique occidental)	27	22	81
GROUPE DE REVENU	Faible	31	15	48
	Intermédiaire	46	33	72 %
	Intermédiaire tranche supérieure	60	44	73 %
	Élevé	57	38	67 %

3.1 Réponse et coordination en matière de santé mentale et de soutien psychosocial

Le terme composite « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) est utilisé dans les orientations du Comité permanent interorganisations (IASC) dans les situations d'urgence pour décrire « tout soutien local ou extérieur visant à protéger ou à promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux et psychosociaux ». Le système humanitaire mondial utilise le terme de SMSPS pour réunir un large éventail d'acteurs répondant à des situations d'urgence telles que la pandémie de COVID-19, notamment ceux qui

travaillent dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation et au sein des communautés, ainsi que pour « souligner la nécessité d'approches diverses et complémentaires dans la fourniture d'un soutien approprié »¹¹. La SMSPS est une question transversale qui concerne toutes les situations d'urgence et tous les secteurs. Bien qu'il soit nécessaire d'avoir des interventions ciblées avec des objectifs et des groupes cibles spécifiques, la SMSPS applique une approche qui couvre toute la société et tous les acteurs publics.

¹¹ Comité permanent interorganisations. Groupe de référence sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Note d'information provisoire sur les aspects psychosociaux et de santé mentale de l'épidémie de Covid-19 ; mars 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

3.1.1 La SMSPS comme partie intégrante des plans de riposte contre la COVID-19

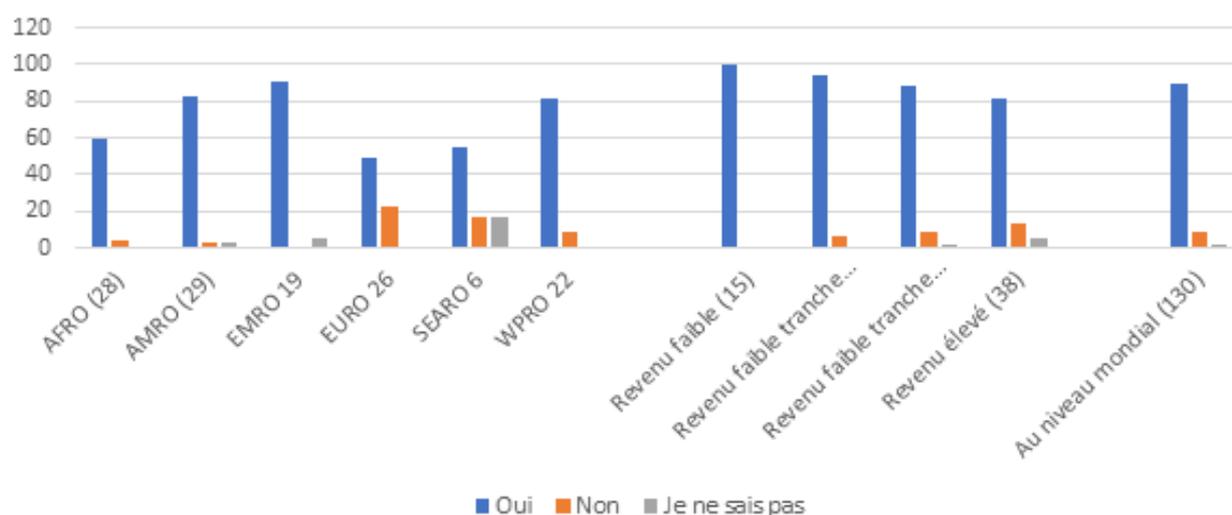
Dans la Région africaine, 27 des 28 pays ayant répondu (96,4 %) ont déclaré que la réponse à la SMSPS faisait partie de leurs plans d'intervention nationaux anti COVID-19 (figure 1). Cependant, seuls 26 % de ces pays ont assuré un financement supplémentaire pour la SMSPS dans le budget gouvernemental pour le plan d'intervention anti COVID-19, tandis que 37 % ont répondu qu'ils avaient assuré un financement partiel (figure 2) et que 37 % n'avaient aucun financement. Le manque de financement par les pays est une préoccupation majeure et peut expliquer l'incapacité de ces pays à mettre en œuvre leurs plans existants en matière de SMSPS dans le cadre de la COVID-19 et donc à atteindre leurs objectifs.

Il est intéressant de noter que les pays à revenu faible ont tendance à intégrer pleinement la SMSPS dans leurs plans multisectoriels, tandis qu'un pourcentage plus élevé de pays à revenu élevé n'intègrent pas la

SMSPS dans le cadre de leurs plans de coordination multisectoriels. Cependant, les pays à revenu élevé ont alloué un financement plus important, totalement ou partiellement à leurs plans d'intervention. La variation de l'intégration de la SMSPS dans les plans d'intervention anti COVID-19 pourrait être due à l'expérience de la Région africaine en matière de réponse aux situations d'urgence complexes. Depuis 2014, la Région africaine a réagi à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, et par intermittence en République démocratique du Congo (RDC) ; au 28 septembre 2020, la Région africaine répondait à un total de 116 événements en cours, dont 104 épidémies et 12 crises humanitaires¹¹. Étant la région qui compte le plus grand nombre de crises humanitaires préexistantes, la Région africaine est celle qui est la plus habituée à intégrer la SMSPS dans les réponses aux urgences de santé publique.

Figure 1 : La SMSPS comme partie intégrante des plans de riposte contre la COVID-19, par région de l'OMS et groupe de revenu de la Banque mondiale

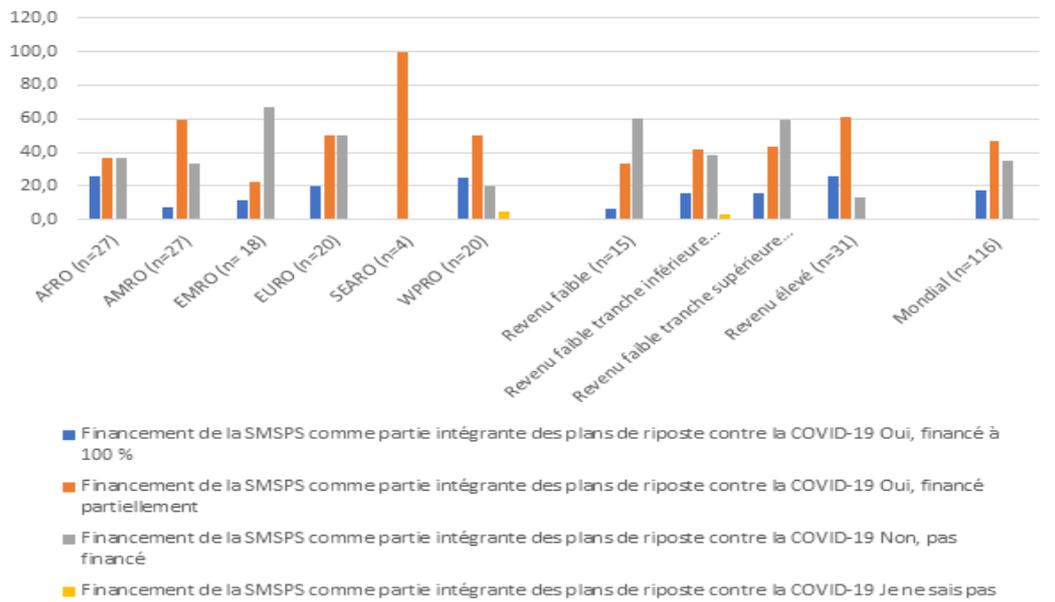
Taux de réponse par pays participant, région de l'OMS et groupes de revenu de la Banque mondiale



¹² Bulletin hebdomadaire du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur les épidémies et autres urgences : Semaine 39/20

Figure 2 : Financement de la SMSPS dans le cadre des plans de riposte à la COVID-19, par région de l'OMS et par groupe de revenu de la Banque mondiale

Financement de la SMSPS comme partie intégrante des plans de riposte contre la COVID-19



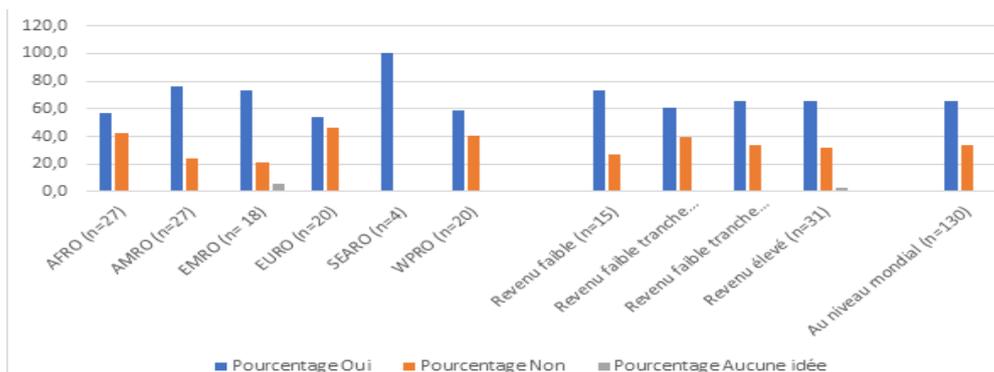
3.1.2 Coordination multisectorielle en matière de SMSPS

Alors que presque tous les pays ayant répondu à l'enquête dans la Région africaine ont intégré la SMSPS dans leurs plans de riposte à la COVID-19, seuls 57 % des pays participants disposent d'une plateforme de coordination multisectorielle en matière de SMSPS dans la lutte contre la COVID-19 (figure 3). Cela signifie que dans certains pays, la SMSPS est planifiée et mise en œuvre par une seule entité ou par de nombreux partenaires, mais sans plateforme de coordination. Le ministère de la Santé est membre de la plateforme de coordination de la SMSPS dans 98 % des pays de la Région africaine

ayant participé à l'enquête, ce qui est un bon signe, car nous souhaiterions que le ministère de la Santé dirige la réponse et que la riposte à la COVID-19 s'appuie sur l'infrastructure de santé publique. Au niveau mondial, 43 % des pays ayant répondu ont indiqué qu'il n'y avait pas de plateforme de coordination en matière de SMSPS. Les résultats obtenus à l'échelle mondiale suggèrent que cela peut être dû à la fragmentation de la réponse en matière de SMSPS dans ces pays, ou à un nombre limité d'acteurs multisectoriels dans le domaine de la SMSPS.

Figure 3 : Plateforme de coordination multisectorielle en matière de SMSPS pour la COVID-19, par région de l'OMS et groupe de revenu de la Banque mondiale

Plateforme de coordination multisectorielle en matière de SMSPS pour la COVID-19, par région de l'OMS et groupe de revenu de la Banque mondiale



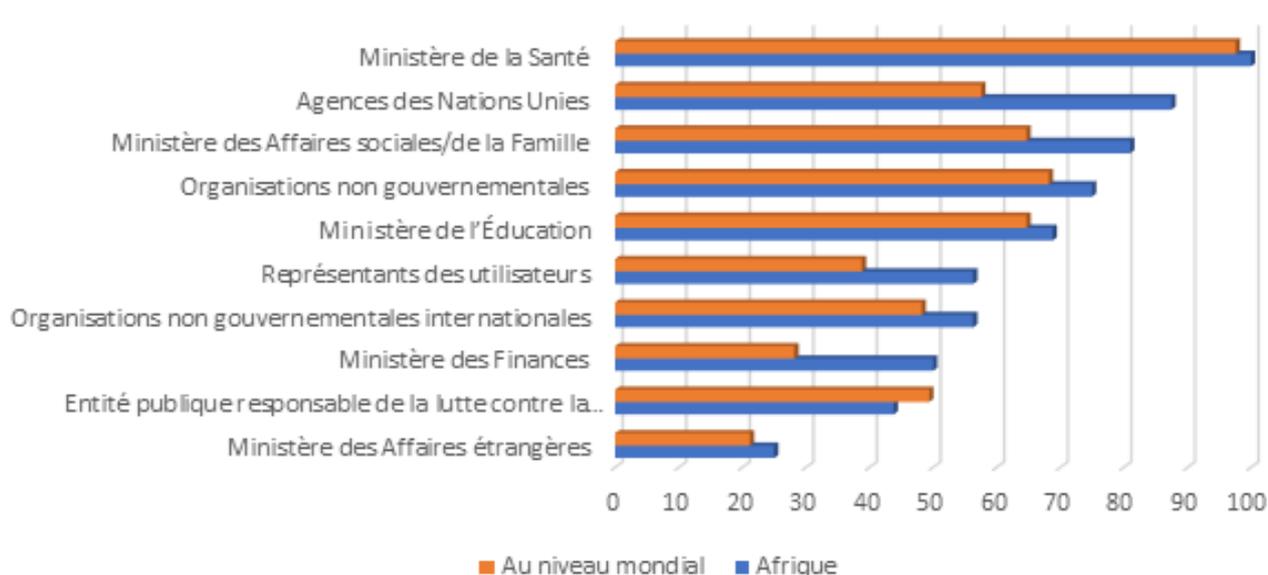
3.1.3 Adhésion à la plateforme de coordination multisectorielle

Tant au niveau mondial que dans la Région africaine, le ministère de la Santé est le membre prédominant de la plateforme de coordination en matière de SMSPS, avec une inclusion à 100 % dans la Région africaine. Les agences des Nations unies sont souvent co-responsables avec le ministère de la Santé, comme le montre la figure 4 ci-dessous. Le ministère des Affaires sociales/familiales et le ministère de l'Éducation font partie intégrante de la réponse en matière de SMSPS.

Si les résultats montrent une existence prometteuse et étendue des plateformes de SMSPS dans la plupart des pays africains, la collaboration avec les représentants des groupes d'utilisateurs de services a été signalée dans moins de 40 % des plateformes et la coopération avec le ministère des Finances dans seulement 28 % pour la Région africaine et encore moins au niveau mondial (Figure 4).

Figure 4 : Membres régionaux mondiaux et africains de la plateforme de coordination multisectorielle en matière de la SMSPS

Membres mondiaux et africains de la plateforme de coordination multisectorielle en matière de SMSPS



3.2. Impact sur l'utilisation des services psychiatriques, neurologiques et de toxicomanie

Bien que le monde s'oriente vers des services de proximité, dans la Région africaine, les services psychiatriques et les hôpitaux généraux continuent à fournir la majorité des services de SMSPS. Par ailleurs, la Région africaine est l'une des régions où les dépenses publiques en matière de santé mentale sont les plus faibles¹¹. Les données de l'Atlas de la santé mentale 2017¹² montrent que les dépenses publiques en matière de santé mentale étaient inférieures à US\$ 1 par habitant dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et que la plupart

des dépenses de santé mentale étaient destinées aux hôpitaux psychiatriques, qui sont souvent situés dans les grandes villes et ne sont pas accessibles à la plus grande partie des personnes qui ont besoin de soins. Pendant la pandémie de COVID-19, à un moment où les services de santé mentale, neurologique et de toxicomanie sont nécessaires à grande échelle, de nombreux pays sont confrontés à une situation difficile avec des faibles ressources et des investissements limités dans ces services.

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Atlas OMS de la santé mentale, 2017 Genève, 2018 :

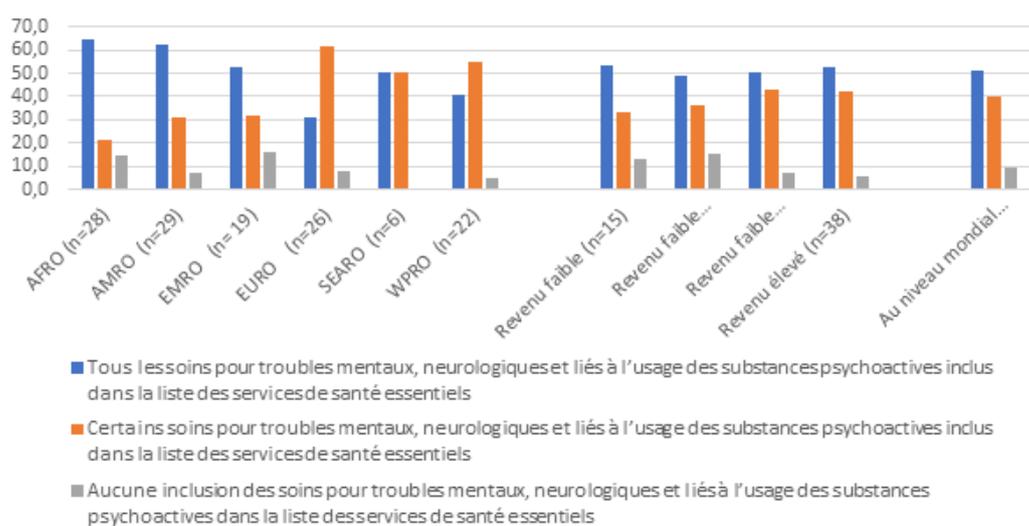
¹² Organisation mondiale de la Santé. Atlas OMS de la santé mentale, 2017 Genève, 2018 :

3.2.1 Inclusion des services pour troubles mentaux, neurologiques et de consommation de substances psychoactives dans la liste des services de santé essentiels

La plupart des pays africains ayant participé à l'enquête (64,3 %) ont déclaré avoir inclus tous les services de santé mentale et neurologique dans la liste des services de santé essentiels dans le cadre de la réponse de leur pays lors de la pandémie de

COVID-19, tandis que 21 % d'entre eux ont déclaré avoir inclus certains services de santé mentale et neurologique, et 14,3 % ont déclaré ne pas avoir inclus du tout les services de santé mentale et neurologique dans la liste des services de santé essentiels.

Figure 5 : Pays ayant inclus les services de santé mentale et neurologique dans la liste des services de santé essentiels, par région de l'OMS et par groupe de revenu de la Banque mondiale



3.2.2 Politiques d'accès aux services essentiels pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives

Les pays ont également été interrogés sur les politiques gouvernementales au niveau national concernant l'accès aux services essentiels pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives. Il s'agissait de divers contextes et catégories, couvrant un total de 10 services de soins de santé mentale, tels que les services de soins hospitaliers et ambulatoires dans les hôpitaux psychiatriques, les services de soins ambulatoires, des unités psychiatriques et neurologiques pour patients hospitalisés ainsi que le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans les hôpitaux généraux ; et les soins de santé primaires, les services de soins résidentiels, à domicile et de jour au niveau communautaire.

Dans les analyses, les pays ont été classés en trois groupes, à savoir : « Tous les types de services entièrement ouverts » lorsque tous les services existants

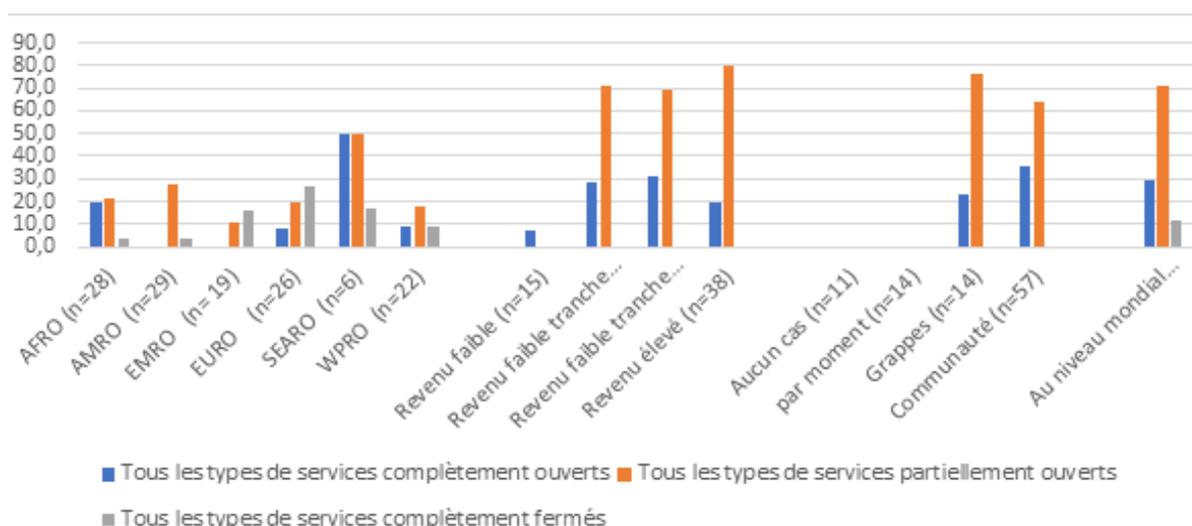
ont été déclarés comme entièrement ouverts ; « Tous les types de services au moins partiellement fermés » lorsque certains services ont été déclarés comme entièrement fermés et d'autres comme partiellement fermés ; et « Tous les types de services entièrement fermés » si tous les services existants ont été déclarés comme entièrement fermés. Aucun pays n'a signalé la fermeture complète des 10 catégories de services de santé mentale et neurologique comme décrit ci-dessus. Environ 18 % ont déclaré des services comme étant totalement ouverts, tandis que 3 % les ont déclarés comme étant au moins partiellement fermés.

Le pourcentage de pays dont tous les services de SMN sont au moins partiellement fermés est nettement plus élevé dans la région européenne, à 27 %. Les services au moins partiellement fermés ont été signalés par un plus grand nombre de pays à revenu élevé que

dans les pays à revenu faible. Cela pourrait expliquer le stade de la pandémie où se trouvaient les pays à revenu élevé, par rapport à la Région africaine où la pandémie a connu une lente progression. Une autre raison de l'ouverture totale des services dans la Région africaine pourrait être que la plupart des services de SMSPS étaient fournis par des institutions psychiatriques et

des hôpitaux généraux, qui avaient continué à fournir des services, tandis que les services communautaires étaient plus probablement fermés ou non fonctionnels pendant la phase de propagation communautaire de la pandémie (figure 6).

Figure 6 : Statut de tous les services de santé mentale et neurologique par région de l'OMS, groupe de revenu de la Banque mondiale et stade de transmission de la Covid-19



N.B : Les barres n'apparaissent pas pour la catégorie « Tous les types de services fermés » car aucun pays n'a signalé la fermeture complète des 10 catégories de services incluses dans l'analyse.

3.2.3 Accès aux services dans la Région africaine, par établissement et par catégorie de services

En examinant chacune des dix catégories de services, on constate des différences marquées dans le type de services touchés par la fermeture, les services ambulatoires et les services de proximité étant les plus touchés (Figure 7).

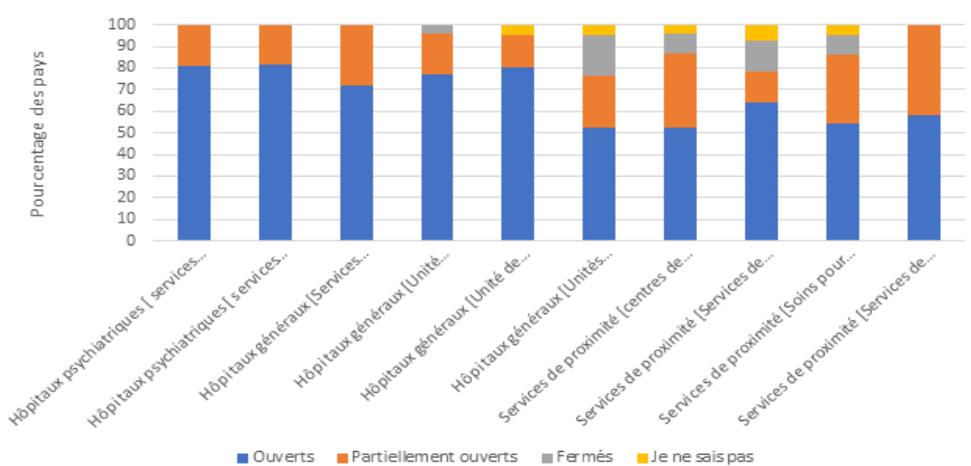
Dans la Région africaine, environ 80 % des pays ayant répondu ont indiqué que les services de santé mentale, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire, restaient ouverts. Ce taux était légèrement inférieur pour les services d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux (77 %) et beaucoup plus faible pour les services de consultation extérieure dans les hôpitaux généraux (72%). Les unités d'hospitalisation pour toxicomanie ont vu le plus grand nombre de pays déclarer leur fermeture (19 %), suivies par les foyers communautaires (14 %). La fermeture des services d'hospitalisation au niveau

mondial a montré une tendance similaire.

Environ 41 % des pays ont signalé une interruption partielle ou complète des services de proximité à domicile ou dans la communauté (y compris les services de soins sociaux) pour les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés à la toxicomanie. Pour les services de proximité, seuls les services de soins de santé résidentiels et primaires étaient ouverts dans plus de 31 % des pays, tandis que les services de soins de jour étaient ouverts dans plus de 64 % des pays. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car le nombre total de pays ayant répondu était très faible dans certains cas.

Figure 7 : Politiques d'accès aux services essentiels de santé mentale et neurologique, par établissement et catégorie de service

Politiques d'accès aux services essentiels pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives par établissement et catégories de services pour la région OMS-AFRO



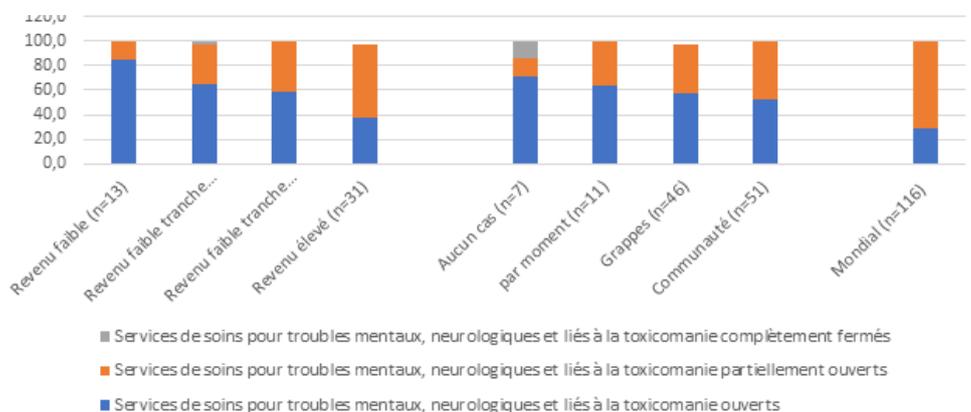
N.B : La différence de dénominateur observée dans la figure 7 s'explique par le fait que dans certains pays, ces services sont soit inexistants, soit l'information n'est pas disponible.¹¹

La récente enquête de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels comprenait une question transversale, à savoir le traitement des troubles mentaux, qui serait perturbé dans 61 % des pays, 3 % de ces pays faisant état de perturbations graves/intégrales¹². Le type de service de traitement, n'a cependant pas été défini dans l'enquête.

3.2.4 Stade de transmission et interruption de services

Les perturbations des services ambulatoires dans les hôpitaux psychiatriques semblent être liées au stade de transmission du virus, les pays en phase communautaire affichant le niveau le plus élevé de perturbation. Voir la figure 8 ci-dessous.

Figure 8 : Politiques d'accès aux services de consultation externe pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la toxicomanie dans les hôpitaux psychiatriques, par groupe de revenu de la Banque mondiale et par stade de transmission de la COVID-19



¹¹ Dans les hôpitaux psychiatriques, 10 % des pays n'ont pas fait état de politiques concernant les services d'hospitalisation pour les troubles liés à la santé mentale et neurologique et 11 % pour les services de consultation externe ; dans les hôpitaux généraux, 9 % des pays n'ont pas fait état de politiques concernant les unités psychiatriques d'hospitalisation, 24 % concernant les unités d'hospitalisation en neurologie, 20 % concernant les unités d'hospitalisation pour les troubles liés à la toxicomanie et 9 % concernant les services de consultation externe ; au niveau communautaire, 33 % des pays n'ont pas fait état de services résidentiels, 20 % concernant les services de soins de santé primaires, 37 % concernant les services de soins à domicile et 27 % concernant les services de soins de jour pour l'accès aux services essentiels de santé mentale et neurologique, par établissement et catégorie de services.

¹² Organisation mondiale de la Santé. Enquête sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 – rapport provisoire de l'OMS, 27 août 2020 Genève, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

3.3 Perturbation des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique en raison de la COVID-19

Les pays ont également été interrogés sur le niveau de perturbation de 16 interventions ou services spécifiques liés à la santé mentale et neurologique (tableau 2), une perturbation complète comme étant définie comme une situation où plus de 50 % des utilisateurs ne sont pas servis comme d'habitude et une perturbation partielle comme celle où entre 5 % et 50 % des utilisateurs ne sont pas servis comme

d'habitude. Nous avons également examiné le niveau de perturbation combiné des 16 interventions ou services spécifiques liés aux services de SMN. Dans l'analyse, la « perturbation d'au moins 75 % des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique » a été définie comme étant la perturbation totale ou partielle de 12 à 16 des interventions ou services spécifiques liés à la santé mentale et neurologique.

Tableau 2 : Liste des interventions/services spécifiques liés à la santé mentale et neurologique

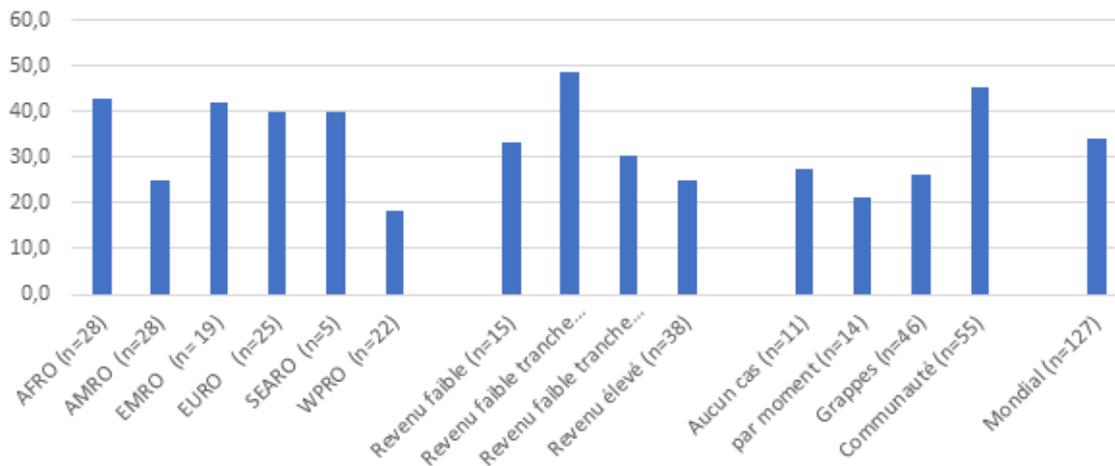
a. Prise en charge des premiers signes de troubles mentaux et neurologiques (notamment l'état épileptique, le délire, les syndromes graves de sevrage de substances)
b. Psychothérapie/conseil/interventions psychosociales pour les troubles mentaux et neurologiques
c. Médicaments pour les troubles mentaux et neurologiques
d. Interventions psychosociales pour les soignants de personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques
e. Services de proximité à domicile ou dans la communauté (y compris les services d'aide sociale) pour les personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques
f. Interventions de santé mentale pendant la période prénatale et postnatale
g. Services destinés aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles ou de handicaps mentaux, y compris de troubles du développement
h. Services aux personnes âgées souffrant de troubles ou de handicaps mentaux, y compris la démence
i. Services de diagnostic et de laboratoire pour les personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques
j. Chirurgie pour les troubles neurologiques (par exemple, l'épilepsie)
k. Programmes de santé mentale en milieu scolaire
l. Programmes de santé mentale en milieu professionnel
m. Programmes de prévention du suicide
n. Programmes de prévention et de prise en charge des surdoses (par exemple, distribution de naloxone)
o. Services de réduction des risques critiques (par exemple, programmes d'échange de seringues, services de proximité)
p. Traitement d'entretien de la dépendance aux opioïdes par des agonistes des opioïdes (avec de la méthadone ou de la buprénorphine)

3.3.1 Niveau de perturbation des services de santé mentale et neurologique

Dans près d'un tiers (33 %) des pays, au moins 75 % des services de santé mentale et neurologique ont été totalement ou partiellement perturbés. Ce pourcentage était particulièrement élevé dans la Région africaine

(57 %) et dans les pays au stade de transmission communautaire. Les pays à revenu élevé ont affiché un niveau de perturbation beaucoup plus faible (24 %) par rapport aux autres groupes de revenu (figure 10).

Figure 9 : Perturbation d'au moins 75 % des interventions/services de santé mentale, par région de l'OMS, par groupe de revenu de la Banque mondiale et par stade de transmission de la COVID-19



Il est important de noter que certains services d'urgence et services de santé mentale essentiels ont été perturbés : environ 30 % des pays ayant répondu à l'échelle mondiale ont fait état d'une certaine perturbation dans la prise en charge des manifestations de troubles neurologiques et mentaux (notamment l'épilepsie, le délire et les syndromes graves de sevrage), ainsi que dans l'approvisionnement en médicaments pour les personnes souffrant de troubles neurologiques et mentaux. (Figure 10).

Les services et programmes de prévention et de promotion de la santé mentale ont été les plus gravement touchés et perturbés. Près des deux tiers des services de santé mentale en milieu scolaire ou sur le lieu de travail ont été totalement ou partiellement perturbés. Dans la Région africaine, des écoles ont été fermées dans tout le pays ; certains pays n'ont pas rouvert les écoles, même jusqu'à fin septembre 2020. Cela signifierait que les enfants scolarisés, tout en étant protégés contre la COVID-19, n'ont pas pu accéder aux services de prévention ou de promotion de la santé mentale.

Parmi les interventions ou les services liés à la consommation de substances psychoactives, les services de réduction des risques critiques ont été complètement interrompus dans 30 % des pays participants et partiellement interrompus dans 35 %

des pays dans le monde ; le traitement d'entretien de la dépendance aux opioïdes par des agonistes opioïdes a été complètement interrompu dans 27 % des pays et partiellement interrompu dans 18 % ; et les programmes de prévention et de prise en charge des surdoses ont été complètement interrompus dans 21 % des pays et partiellement interrompus dans 32 %. Dans la Région africaine, trois des cinq services les plus perturbés étaient liés au traitement des troubles liés à la consommation de substance psychoactives, à savoir : le traitement d'entretien par agonistes opioïdes (complètement interrompu dans 58 % des pays), la réduction des risques critiques (complètement interrompue dans 47 % des pays) et la prévention des surdoses (complètement interrompue dans 40 % des pays). (Figure 11).

À un moment où ils sont le plus nécessaires, les services de santé mentale pour les plus vulnérables ont été perturbés. Dans la Région africaine, les services de santé mentale en milieu scolaire sont les deuxièmes services les plus perturbés, 56 % des pays ayant répondu au questionnaire ayant indiqué une perturbation totale.

Tant au niveau mondial que dans la Région africaine, la prise en charge d'urgence des troubles mentaux et neurologiques ainsi que les médicaments pour ces troubles ont été les moins perturbés dans l'ensemble.

Figure 10 : Perturbation des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique en raison de la COVID-19 à niveau mondial

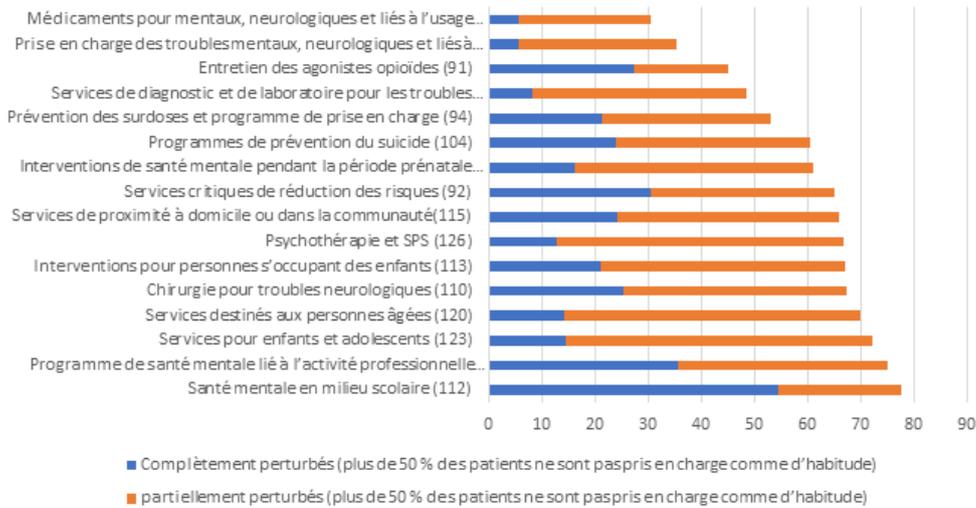
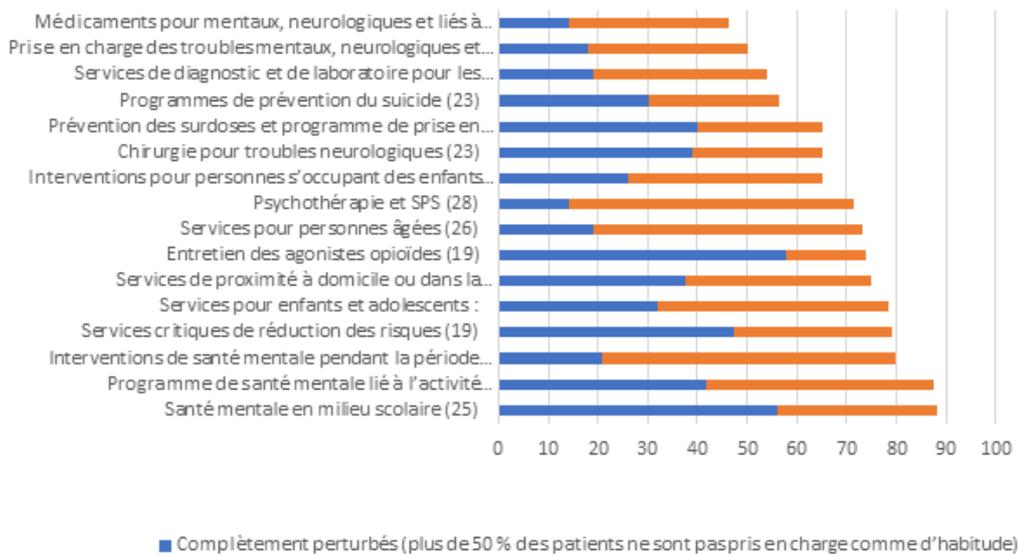


Figure 11 : Perturbation des services essentiels dans la Région africaine de services essentiels dans la Région africaine



3.3.2 Causes des perturbations des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique

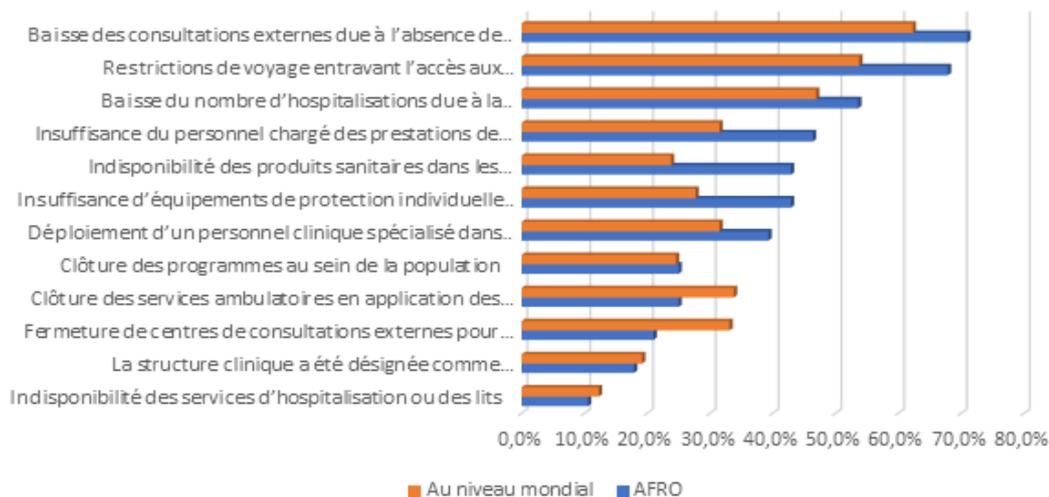
L'enquête comprenait non seulement des questions sur les perturbations des interventions et des services liés à la santé mentale et neurologique, mais aussi sur les principales causes des perturbations signalées. Les principales causes de perturbation aux niveaux mondial et dans la Région africaine sont les suivantes : une diminution du volume des services ambulatoires due au fait que les patients ne se présentent pas (62 % Monde vs 71 % AFR), des restrictions de voyage entravant l'accès des patients aux établissements de santé (54 % Monde vs 68 % AFR) et une diminution du

volume des hospitalisations due à l'annulation de soins non urgents (47 % Monde vs 54 % AFR) (Figure 12). La COVID-19 a amplifié les limites existantes des systèmes de santé et de santé mentale de la Région africaine, notamment l'insuffisance du personnel (46% AFR contre 32% au niveau mondial), la non-disponibilité des produits de santé (43% AFR contre 23% au niveau mondial), l'insuffisance des équipements de protection individuelle (43% AFR contre 28% au niveau mondial) et le redéploiement du personnel de santé mentale (39% AFR contre 31% au niveau mondial).

En effet, les mêmes causes principales de perturbation ont été identifiées dans la récente enquête de l’OMS sur la continuité des services de santé essentiels, comme une combinaison de facteurs liés à la demande d’une part, tels que les patients qui ne se présentent pas aux soins ambulatoires ou le sentiment que les fermetures

des transports publics ou le confinement décidé par les autorités entravent l’accès, et d’autre part des facteurs liés à l’offre tels que l’annulation des soins non urgents ou le redéploiement du personnel clinique pour assurer la prise en charge de la COVID-19¹¹.

Figure 12 : Causes de perturbation aux niveaux mondial et régional africain

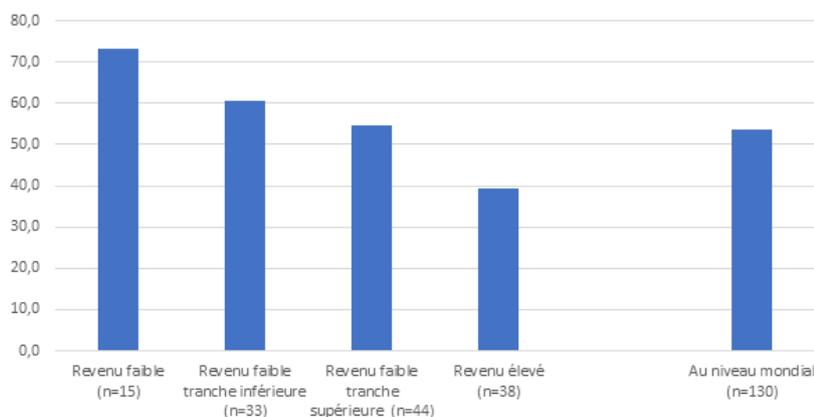


3.3.3 Perturbations, catégories de revenus, restrictions de voyage et disponibilité d’EPI

À l’échelle mondiale, lorsque les données ont été ventilées par groupes de revenus, les restrictions de voyage ont été signalées comme la cause la plus fréquente de perturbation dans 73 % des pays à revenu faible (figure 13). Les restrictions de voyage, ainsi que la faible disponibilité et la fermeture des services de santé mentale plus proches du lieu de résidence, peuvent potentiellement entraîner des conséquences néfastes pour les personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques.

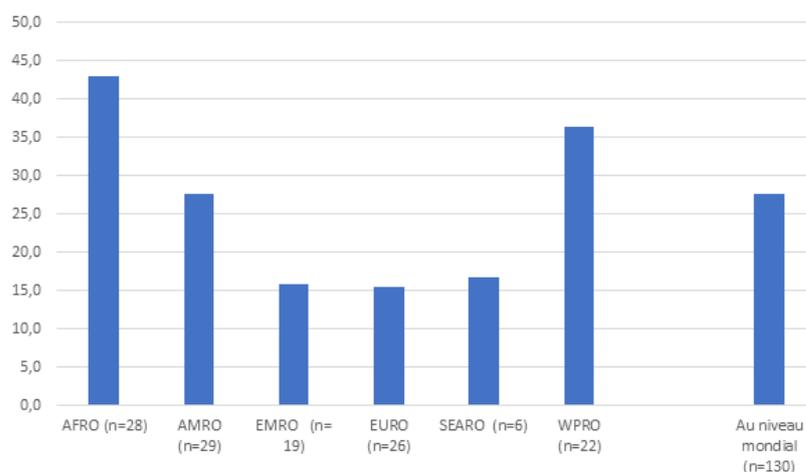
Par ailleurs, le niveau de revenu des pays peut être corrélé à la disponibilité des EPI. Dans 28 % des pays, les personnes interrogées ont indiqué que les équipements de protection individuelle (EPI) mis à la disposition des prestataires de soins de santé étaient insuffisants pour assurer les services dans les établissements de santé mentale. C’est dans la Région africaine (43 % des pays) que cette situation a été le plus souvent signalée (figure 14).

Figure 13 : Restrictions de voyage entravant l’accès aux établissements de santé, par groupe de revenu de la Banque mondiale



¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. Enquête sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 – rapport provisoire de l’OMS, 27 août 2020 Genève, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

Figure 14 : Insuffisance des EPI disponibles permettant aux prestataires de soins de santé de fournir des services, par région de l'OMS



3.3.4 Approches visant à surmonter les perturbations dans la Région africaine

Les pays ont répondu par une liste de contrôle sur les approches utilisées pour surmonter les interruptions de service dans la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives et pour fournir un soutien en matière de santé mentale et d'appui psychosocial. Un pays pouvait cocher plusieurs options.

Les résultats sont présentés dans la figure 15 ci-dessous. Les mesures les plus fréquemment appliquées pour surmonter les perturbations étaient globalement similaires, bien que la fréquence diffère. Les trois mesures les plus fréquemment signalées étaient les suivantes : mise en place de lignes d'assistance téléphonique (50 % AFR contre 68 % au niveau mondial) ; mesures spécifiques de prévention et de lutte anti-infectieuse dans les services de santé mentale

(50 % AFR contre 64 % au niveau mondial) ; et triage pour identifier les priorités (50 % AFR contre 49 % au niveau mondial). On observe des différences marquées dans la fréquence de déploiement de la télémédecine/téléthérapie pour remplacer les consultations en

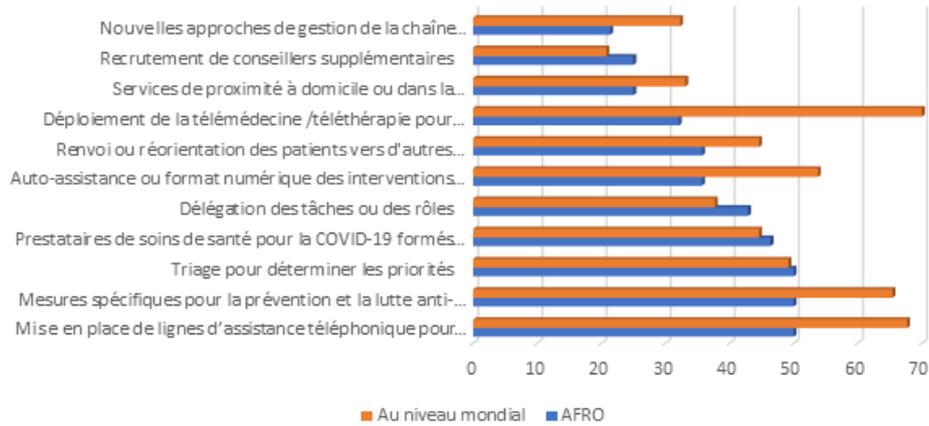
présentiel (32 % AFR contre 70 % au niveau mondial) et dans l'utilisation de l'auto-assistance et du format numérique des interventions psychologiques (36 % AFR contre 54 % au niveau mondial).

Au niveau mondial, les résultats concernant la fréquence du recours à la télémédecine sont conformes à la récente enquête de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels, qui a également identifié la télémédecine comme une des approches les plus fréquentes.¹¹

Le recrutement de conseillers supplémentaires et les nouvelles méthodes de distribution de médicaments figurent parmi les approches les moins signalées, tant au niveau mondial que dans la Région africaine. Dans la Région africaine, il se pourrait bien que les systèmes de santé soient déjà mis à rude épreuve et ne puissent pas augmenter les ressources humaines, et le changement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments est un processus complexe qui ne peut être mené à bien en période d'urgence (actuellement moins de neuf mois).

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Enquête sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 – rapport provisoire de l'OMS, 27 août 2020. Genève, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

Figure 15 : Approches pour surmonter les perturbations des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique



La formation aux compétences psychosociales de base pour les prestataires de soins de santé travaillant dans les centres de traitement COVID-19 a été l'approche la plus fréquemment utilisée dans le groupe des pays à revenu faible signalée dans 60 % des pays (figure 16). L'utilisation de la technologie pour surmonter les perturbations de la prestation de services varie

selon le groupe de revenus. Alors que plus de 80 % des pays à revenu élevé ont signalé le déploiement de la télémédecine/téléthérapie pour remplacer les consultations en présentiel, ou l'utilisation de lignes d'assistance téléphonique, ces deux modalités ont été utilisées dans moins de 50 % des pays à revenu faible (figure 17).

Figure 16 : Approches pour surmonter les perturbations des interventions/services liés à la santé mentale et neurologique dans le groupe de pays à revenu faible de la Banque mondiale

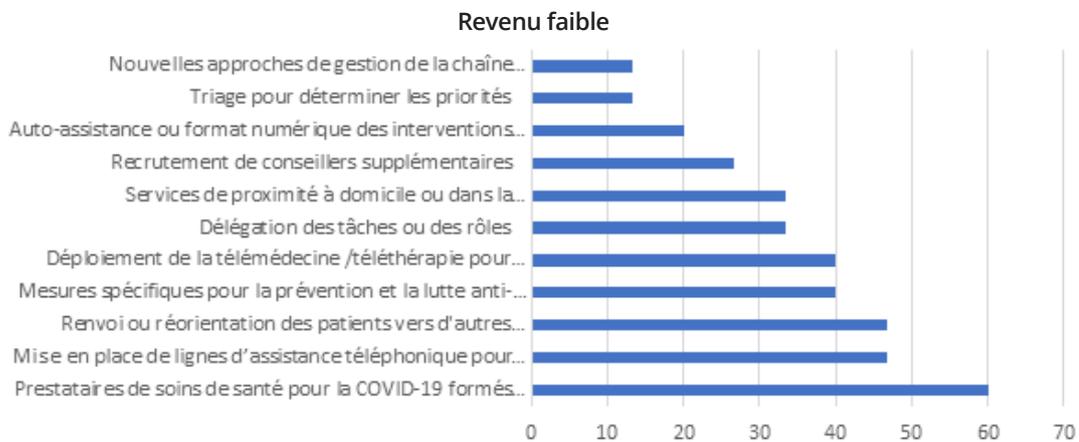
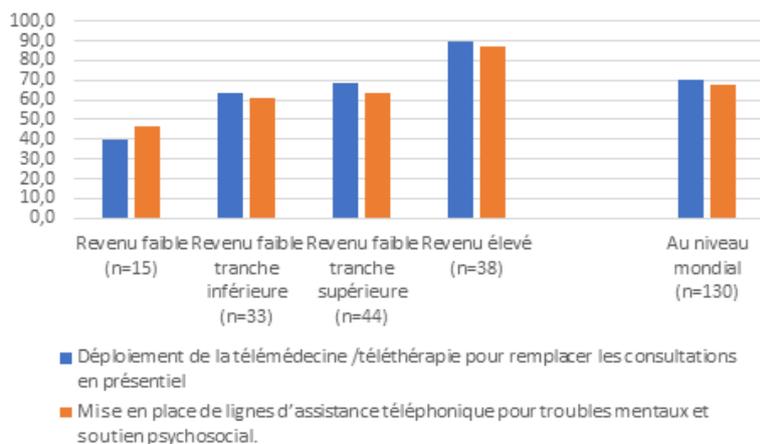


Figure 17 : Recours à la technologie pour surmonter les perturbations de la prestation de services, par groupe de revenus de la Banque mondiale.



3.4 Surveillance et recherche concernant les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives pendant la pandémie de COVID-19

L'information, les données factuelles et la recherche sont des ingrédients essentiels pour une planification et une réponse appropriées en matière de santé mentale dans toute situation d'urgence, en particulier dans des situations nouvelles telles que la pandémie de COVID-19. La production de nouvelles connaissances grâce à la

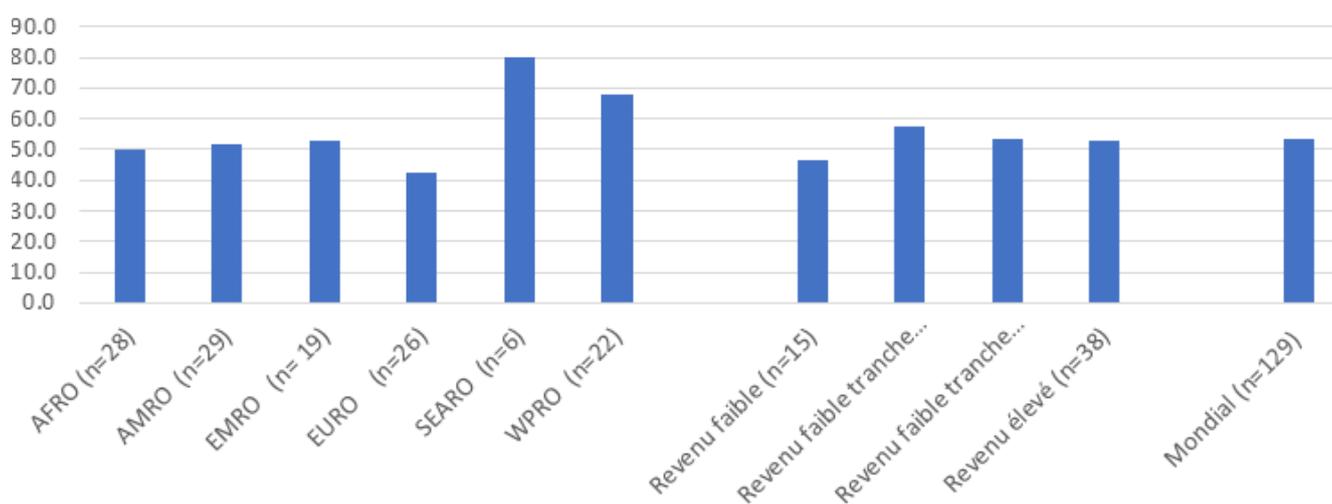
recherche permet de fonder les plans et les actions sur des données probantes et les pratiques optimales, et la disponibilité d'informations pertinentes en temps utile ou de cadres de surveillance permet de suivre les actions mises en œuvre et d'identifier les améliorations ainsi que les lacunes dans la fourniture de services.¹¹

3.4.1 Collecte de données sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives

Les données sont nécessaires pour suivre les tendances et améliorer la qualité des services pendant la pandémie grâce à des décisions éclairées. Toutefois, comme le montre cette enquête, plus de 40 % des ministères de la Santé dans le monde ne recueillent aucune donnée sur les troubles mentaux, neurologiques

et liés à l'usage des substances psychoactives ou leurs manifestations chez les personnes atteintes de COVID-19 ; dans la Région africaine, la proportion est de 50 %. Parmi les pays à revenu faible, seuls 48 % des pays environ recueillent de telles données (figure 18).

Figure 18 : Collecte de données sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage des substances psychoactives chez les patients atteints de COVID-19, par région de l'OMS et par groupe de revenu de la Banque mondiale



3.4.2 Études relatives à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale

Il a également été demandé aux pays de rendre compte de toute étude prévue ou en cours concernant l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale/la santé cérébrale et la consommation de substances psychoactives dans le pays, qu'elle soit réalisée par les pouvoirs publics

ou par d'autres parties prenantes. Au total, 66 % des pays ont fait état d'études liées à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale, la santé cérébrale ou la consommation de substances psychoactives, le type d'étude le plus fréquent étant celui sur l'impact sur la

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 https://www.who.int/mental_health.action_plan_2013/en/

santé mentale (65 % des pays). Parmi les groupes de revenus, 80 % des pays à revenu élevé ont déclaré avoir réalisé des études sur l'impact sur la santé mentale. Au niveau mondial, le nombre de pays menant des

recherches sur les troubles neurologiques ou la consommation de substances était beaucoup plus faible (5 % et 15 % respectivement) (figures 19 et 20).

Figure 19 : Études relatives à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale, par groupe de revenus de la Banque mondiale

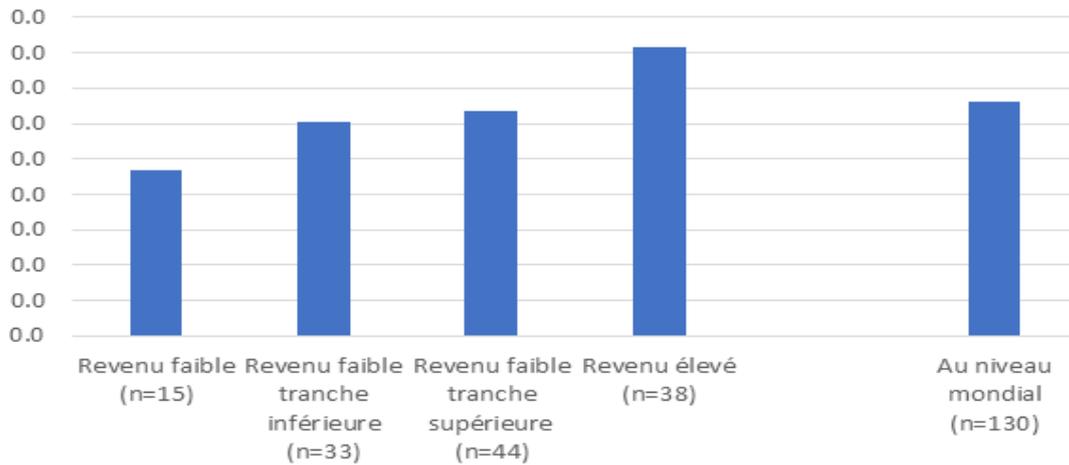
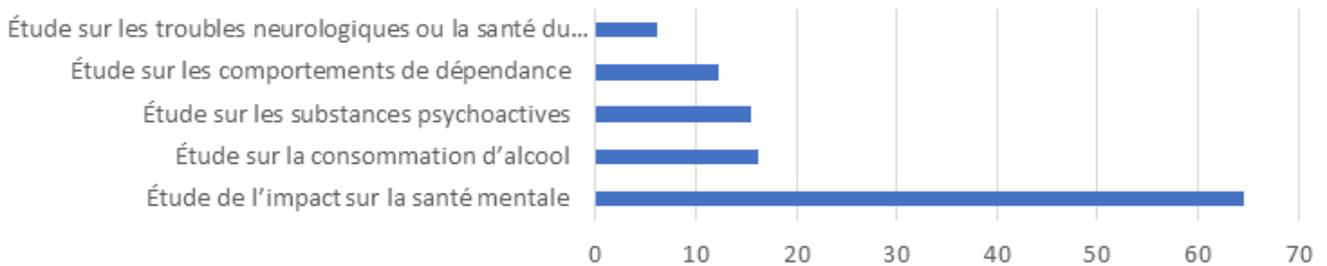


Figure 20 : Type d'étude liée à l'impact de la COVID-19



4

C H A P I T R E Q U A T R E

CONCLUSION

4. CONCLUSION

Cette enquête fournit des informations sur l'ampleur des perturbations des services de soins de santé mentale, neurologique et liés à l'usage de substances psychoactives fournies par les points focaux sur la santé mentale des ministères de la Santé, ainsi qu'une indication de leur expérience en matière d'adoption de stratégies visant à atténuer l'impact sur la prestation de services.

Des différences ont été constatées dans le type de services perturbés, les services de santé mentale ambulatoires et de proximité déjà rares étant principalement plus touchés. Les programmes de prévention et de promotion de la santé mentale ont été les plus touchés au moment où les pays en avaient le plus besoin. Tout en reconnaissant les limites d'une telle enquête, notamment celles d'un questionnaire d'auto-évaluation, les résultats indiquent toutefois que si des systèmes de santé solides peuvent être rapidement dépassés et compromis, l'impact sur les systèmes de santé plus faibles de la Région africaine est encore plus prononcé.

Des méthodes innovantes sont appliquées dans de nombreux pays par le biais de télé-services et de lignes d'assistance téléphonique ; toutefois, la faiblesse des ressources constitue un problème pour l'utilisation de ces outils dans des contextes à faibles ressources. Des outils tels que le partage des tâches par le renforcement des capacités des agents de santé généraux semblent être sous-utilisés, probablement en raison du manque de fonds pour la formation et le paiement d'indemnités au personnel déployé et réaffecté.

Bien que le plaidoyer mondial en faveur de l'intégration de la santé mentale dans les réponses à la COVID-19

ait permis une meilleure intégration dans les plans, les plateformes de coordination multisectorielles et la collecte régulière de données, il subsiste un déficit dans les ressources financières et humaines allouées à l'intégration de la santé mentale dans la réponse aux situations d'urgence, ce qui constitue un défi important et un obstacle à la continuité des services. La pandémie de COVID-19 souligne l'intérêt d'inclure la SMSPS non seulement en réponse aux urgences et au rétablissement, mais aussi avant les urgences en intégrant des mesures y relatives dans les plans et les efforts de préparation.

Les orientations provisoires de l'OMS intitulées « *Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19* » comprennent une partie consacrée aux adaptations et aux considérations spécifiques pour la prestation en toute sécurité des services de soins de santé mentale couvrant les soins aigus d'urgence, les orientations en matière de soins ambulatoires et d'autres contextes.

Alors que de nombreux pays mettent en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour atténuer les perturbations des services, il est nécessaire de disposer de plus d'informations pour déterminer quelles approches fonctionnent dans différents contextes au cours des différents stades de transmission de la pandémie. Les décisions relatives à la nature et au calendrier des adaptations de la prestation de services doivent être prises sur la base de données exactes et actuelles. Étant donné que la pandémie est susceptible de fluctuer au cours des prochains mois, il est nécessaire de surveiller en temps réel les changements dans la prestation et l'utilisation des services.

ANNEXE 1 : LISTE DES PAYS AYANT RÉPONDU DANS LA RÉGION AFRICAINE

Etats Membres de l'OMS

	État Membre	Point focal ayant répondu
1	Algérie	Mohamed Chakali
2	Bénin	François Agossou
3	Botswana	Moagi Gaborone
4	Burkina Faso	Marie Emmanuelle Zouré
5	Burundi	Jérôme Ndaruhutse
6	Cabo Verde	Aristides Delgado da Luz
7	Cameroun	Justine Laure Menguene Mviena
8	Congo	Rosalie Likibi-Boho
9	Côte d'Ivoire	Anna-Corinne Bissouma
10	Guinée équatoriale	Ana Bella Ekiri Nguie
11	Érythrée	Theodros Tekeste
12	Éthiopie	Dereje Assefa Zewude
13	Ghana	Akwasi Osei
14	Guinée	Kemo Soumaoro
15	Kenya	Simon Njuguna, Mercy Karanja
16	Libéria	Angie Tarr Nyakoon
17	Madagascar	Glenn Torrencelli Edosoa
18	Mali	Cheickna Tounkara
19	Namibie	Magdalena Didalelwa
20	Nigéria	Benjamin Aiwonodagbon
21	Sénégal	Jean Augustin Diégane Tine
22	Seychelles	Gina Michel
23	Sierra Leone	Kadiatu Savage
24	Afrique du Sud	Ad Shiba
25	Soudan du Sud	Joseph Mogga
26	Togo	Kolou Dassa
27	Zambie	John Mayeya
28	Zimbabwe	SM Chirisa



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**