



Intégration des interventions en matière de santé mentale et de VIH

Principales considérations

Table des matières

- 3 Définitions et termes clés**
- 5 Introduction**
- 7 Objectif de cette publication
- 8 Principes fondamentaux
- 9 Déterminants sociaux de la santé, du bien-être et des risques
- 14 Stigmatisation et discrimination
- 14 Intégration des interventions et services
- 17 Continuum des services de lutte contre le VIH**
- 17 Prévention du VIH
- 19 Mise en relation avec des services de traitement du VIH et amorces de traitement
- 21 Observance et continuité du traitement du VIH
- 26 Intégration des interventions en matière de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans les ripostes au VIH**
- 26 Promotion de la santé mentale
- 29 Prévention
- 34 Interventions et services visant à prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances
- 39 Considérations liées aux services intégrés proposés aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances**
- 39 Modèles de services intégrés
- 41 Intégration par niveau de ressource
- 45 Fourniture de programmes, systèmes et services intégrés
- 54 Répartition des tâches pour la fourniture de services intégrés aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances
- 54 Outils numériques liés au VIH et à la santé mentale

- 54** Considérations liées au suivi et à l'évaluation de modèles de fourniture de services et de prise en charge intégrés
- 55** **Lacunes en matière de recherche**
- 57** **Annexes**
- 57** Annexe 1. Ressources sélectionnées pour soutenir l'intégration de la prise en charge et du traitement du VIH, des troubles mentaux et de la consommation de substances
- 60** Annexe 2. Lignes directrices, guides d'intervention et autres ressources sélectionnés pour la prévention et le traitement du VIH et des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances
- 64** Annexe 3. Entretiens cliniques structurés, dépistage et prise en charge fondée sur des indicateurs
- 66** Annexe 4. Exemples de ressources liées à l'intégration de la prise en charge
- 70** Annexe 5. Réduction de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des personnes atteintes de troubles mentaux
- 72** **Références**

Définitions et termes clés

Services intégrés

Services de santé du Comité de développement régional gérés et fournis de sorte à ce que les individus reçoivent un continuum de services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge thérapeutique, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés entre les différents niveaux et sites de fourniture de services du secteur de la santé et d'autres secteurs, en fonction de leurs besoins tout au long de la vie. Les individus peuvent recevoir tous ou certains des éléments d'un service intégré dans le fonctionnement normal d'un autre service (1, 2).

Populations clés

Groupes d'individus plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de transmettre le VIH, et dont l'engagement est essentiel à la réussite de la lutte contre le VIH. Ces populations sont souvent en proie à des difficultés juridiques et sociales liées à leurs identités, lieux de vie et comportements qui renforcent leur vulnérabilité au VIH. Dans tous les pays, les populations clés comprennent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des cas, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, et les travailleurs du sexe et leurs clients sont davantage exposés au VIH que d'autres groupes. Les personnes incarcérées ou vivant dans d'autres milieux clos sont également particulièrement vulnérables au VIH. Chaque pays doit définir les populations spécifiques jouant un rôle majeur dans l'épidémie et la riposte qu'ils mettent en place, sur la base du contexte épidémiologique local (3–5).

Mise en relation avec des services de santé et de lutte contre le VIH

Actions et activités soutenant l'accès à des services de santé ou des services spécifiques de lutte contre le VIH menées par des établissements de santé au sein de communautés ou par d'autres établissements via des relations collaboratives entre des établissements de santé, des communautés et autres établissements, tels que des services d'éducation, judiciaires, juridiques, d'immigration et sociaux (6).

Mise en relation avec des services de prise en charge du VIH

Actions et activités soutenant l'accès à des services de prise en charge et traitement du VIH pour les personnes vivant avec le VIH. Cela concerne principalement l'intégration au système de prise en charge spécialisée du VIH après un diagnostic, c'est-à-dire la période comprise entre le diagnostic du VIH et la date du premier rendez-vous clinique, la date du premier calcul du taux de CD4 ou de la charge virale, ou la date de début du traitement du VIH, avec une mise en relation rapide et un taux de rétention mesuré en quelques mois (7).

État de santé mentale

Continuum comprenant le bien-être et l'absence de détresse, la détresse légère et les premiers signes de troubles, et des syndromes définis pour lesquels les personnes peuvent solliciter des services et soins. Dans ce document, les troubles de santé mentale font référence à toute la gamme de problèmes de santé mentale susceptibles de déboucher ou non sur un diagnostic de syndrome clinique (8).

Troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Ensemble de symptômes ou comportements cliniques associés, dans la plupart des cas, à une détresse et à une interférence avec des fonctions personnelles. Les troubles mentaux sont généralement caractérisés par une combinaison de pensées, perceptions, émotions, comportements ou relations avec autrui anormaux. Les troubles liés à la consommation de substances comprennent la dépendance à la drogue ou à l'alcool ou leur usage nocif, et les affections connexes causées par la consommation de substances et des problèmes de santé tels que les infections transmissibles par le sang et les overdoses. Nous utilisons ces termes pour désigner des syndromes et troubles cliniques pouvant bénéficier d'une intervention, conformément à la Classification internationale des maladies. Le regroupement de ces termes dans le présent document ne signifie pas que ces troubles sont nécessairement concomitants ou que l'un d'eux provoque la survenue d'un autre trouble. Par exemple, les consommateurs de drogues ne souffrent pas forcément de troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances.

Consommateurs de drogues

Nous utilisons ce terme pour rappeler aux lecteurs de ne pas confondre consommation de drogues et toxicomanie. Des personnes peuvent consommer de la drogue alors qu'ils ne souffrent d'aucun problème de santé, à des fins récréatives, ou à des fins de prise en charge des symptômes liés aux troubles mentaux. L'accès à des services et soins en matière de santé mentale et à un soutien de la communauté peut s'avérer très important pour les consommateurs de drogues. Les obstacles à l'accès aux services, aux soins et au soutien doivent donc être éliminés.

Populations vulnérables

Groupes de personnes particulièrement exposés au VIH dans certaines situations ou certains contextes, tels que les adolescents et les jeunes, les orphelins, les enfants de la rue, les personnes handicapées, et les travailleurs migrants et mobiles. Ces populations ne sont pas toutes affectées de la même façon par le VIH ; leur situation varie selon les pays et les épidémies. Bien que le présent document ne s'adresse pas spécifiquement à l'ensemble des populations vulnérables, une grande partie des directives qui y sont contenues peuvent s'y appliquer. D'autres ressources spécifiques relatives à la santé mentale des adolescents sont disponibles (9).

Introduction

Alors que les initiatives visant à mettre fin au sida s'intensifient, les communautés de personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, les cliniciens, les chercheurs et les militants tâchent de plus en plus d'attirer l'attention sur le soutien à la santé mentale et au bien-être dans le cadre de la prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH (10, 11). Cela implique que les services de lutte contre le VIH axés sur la personne adoptent une approche globale permettant de garantir que la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH prennent en compte les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans toute leur diversité.

De tels services doivent également répondre aux besoins des personnes en situation de détresse légère à modérée et des personnes vivant avec le VIH cherchant à conserver leur bien-être et à améliorer leur qualité de vie.

Les interventions intégrées propres à chaque contexte constituent une priorité pour la fourniture de services et soins de qualité aux personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, aux populations clés et autres groupes vulnérables.

La mobilisation à des fins d'intégration s'appuie sur plus de 20 années de recherche qui ont montré que les troubles mentaux sont monnaie courante chez les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, bien souvent dans des proportions plus importantes qu'au sein de la population globale (12–23).

Après examen de la littérature, la prévalence de dépression, qui a fait l'objet d'enquêtes menées auprès des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, est estimée à 24 %, alors que ce chiffre est inférieur à 3 % au sein de la population globale (18, 23). Selon une étude réalisée aux États-Unis, la prévalence moyenne de troubles liés à la consommation de substances est de 48 % (les chiffres allant de 21 à 71 %) chez les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement et d'une prise en charge (22). Les adolescents vivant avec le VIH souffrent en règle générale davantage de troubles mentaux (comme la dépression et l'anxiété) que leurs homologues séronégatifs (24).

Il est bien plus probable que les personnes vivant avec le VIH aient des pensées suicidaires et se suicident que la population globale (25–27). Un examen systématique et une méta-analyse ont révélé que les personnes vivant avec le VIH présentent un taux de mortalité par suicide 100 fois supérieur à celui de la population globale (27). Les populations clés sont souvent victimes de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation sociale, ce qui, ajouté au risque d'infection au VIH et de violations des droits, fait augmenter les taux de détresse émotionnelle et de troubles mentaux (28–30).

Des enquêtes et études ont révélé que les adolescents et jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, trans et intersexes (LGBTI) présentent des taux élevés de troubles mentaux et un risque de suicide anormalement supérieur à celui des autres adolescents et jeunes (31, 32).

Alors que l'accès à un traitement efficace du VIH est renforcé, la proportion de personnes vivant avec le VIH âgées d'au moins 50 ans a augmenté, passant de 8 % en 2000 à 16 % en 2016 et 21 % en 2020 (33, 34). Les personnes vieillissantes et personnes âgées vivant avec le VIH ont plus tendance à souffrir de troubles mentaux (par exemple en raison de l'isolement social) et à voir leurs performances neurocognitives décliner, et présentent un risque plus élevé de développer des maladies non transmissibles, dont la dépression. Selon des estimations, 13 % des adultes vivant avec le VIH souffrent de dépression sévère (35).

Les troubles mentaux font augmenter le risque d'infection au VIH, et les personnes vivant avec le VIH sont plus à même d'être atteintes de troubles mentaux (36). Les troubles mentaux sont associés à une moins bonne observance du traitement du VIH, à un plus grand nombre de comportements à risque, et à un moins bon accès aux activités de prévention du VIH (37, 38).

Bien que de plus en plus de données montrent qu'il existe des traitements efficaces des troubles mentaux fréquents, dont la dépression et l'anxiété, et des troubles liés à la consommation de substances parmi les personnes vivant avec le VIH, et que ces traitements peuvent être mis à disposition dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le traitement et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ne sont pas souvent pas intégrés dans des ensembles de services et soins essentiels (36, 39), notamment pour le VIH. Les services de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues manquent également d'efficacité et d'intégration (40).

L'intégration d'un soutien psychosocial et en matière de santé mentale dans les services et les interventions de lutte contre le VIH, dont ceux pilotés par des communautés, est l'une des mesures prioritaires prévues dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 (3). Cette stratégie met en avant la nécessaire intégration, axée sur la personne et adaptée au contexte, des services de prise en charge du VIH, des troubles mentaux, de soutien psychosocial et autres services tout au long de la vie, en mettant l'accent sur les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Il s'agit d'un aspect que les gouvernements et partenaires doivent dûment prendre en compte lors de l'élaboration des stratégies sociales, économiques et de santé, des plans de redressement et budgets, et des activités de soutien aux communautés.

Les objectifs globaux en matière de VIH pour 2025 définis dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 (3) et la Déclaration politique sur le VIH et le sida des Nations Unies (4) comprennent des objectifs spécifiques relatifs à l'intégration du VIH et de la santé mentale (41). La Stratégie mondiale de lutte contre le sida pose l'objectif suivant : d'ici 2025, 90 % des personnes vivant avec le VIH et des populations à risque (par exemple les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe, personnes transgenres, consommateurs de drogues injectables) doivent être orientés vers des services intégrés axés sur la personne et adaptés au contexte pour d'autres maladies transmissibles, maladies non transmissibles, violences sexuelles et fondées sur le genre, troubles mentaux et autres services dont elles ont besoin pour leur santé et bien-être globaux.

La pandémie de Covid-19 continue d'impacter, dans une large mesure et à l'échelle mondiale, la santé physique et mentale (profonde détresse, anxiété, dépression, insomnie et augmentation des niveaux de consommation d'alcool et de drogues), et des pays ont signalé des cas d'interruption des services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux et du VIH et aux consommateurs de drogues (42–46).

Les inégalités entre les pays et au sein même des pays, les violences, la stigmatisation et la discrimination constituent autant d'obstacles supplémentaires à l'éradication des pandémies de Covid-19 et de sida et à l'amélioration de la santé mentale (37). L'Assemblée mondiale de la santé de 2021 a appelé à un renforcement de l'intégration des problématiques de santé mentale dans la préparation aux urgences de santé publique et les interventions en découlant. L'Assemblée mondiale de la santé a également encouragé les États membres à développer et renforcer des services complets de santé mentale et soutien psychosocial dans le cadre de la couverture santé universelle (47).

Il ne peut être mis un terme à la pandémie de sida sans prendre en compte la santé mentale des personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH via l'adoption d'approches intégrées et sans garantir la couverture santé universelle. Cela en vaut la peine : chaque dollar investi dans le traitement de la dépression et de l'anxiété rapporte 4 dollars grâce à l'amélioration de l'état de santé (48). L'investissement dans la santé mentale et le soutien psychosocial et le fait de garantir l'intégration des interventions en matière de santé mentale et de VIH sont autant d'éléments critiques permettant de contribuer à la couverture santé universelle, d'assurer l'équité en santé et de mettre fin à l'épidémie de sida.

Objectif de cette publication

La présente publication souligne l'importance d'intégrer la prévention, le dépistage, le traitement et la prise en charge du VIH, ainsi que les services et soins en matière de santé mentale pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et autres populations vulnérables, et notamment la mise en relation avec des services de protection sociale. Elle fournit un ensemble d'outils, de bonnes pratiques et de directives facilitant l'intégration des interventions et services visant à régler les questions intimement liées de santé mentale et VIH. Bien que l'accent soit mis sur l'intégration de la santé mentale dans les services de lutte contre le VIH, les considérations peuvent s'appliquer à d'autres services, notamment les comorbidités liées à l'infection à VIH telles que la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.

La présente publication s'adresse principalement aux décideurs politiques nationaux et locaux, aux responsables de la mise en œuvre de programmes nationaux et locaux, aux organisations travaillant avec des services de santé, de lutte contre le VIH, de santé mentale et autres services pertinents et aux prestataires desdits services, à la société civile, et aux organisations et intervenants communautaires. Elle rassemble et fait référence aux directives, recommandations et outils existants en matière de VIH, de santé mentale, de soutien psychosocial et autres services, dont le Guide d'intervention mhGAP (49) et le Manuel opérationnel mhGAP (50) du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les directives et outils de l'OMS, de l'Office des Nations Unies contre les drogues et le crime (UNODC) et autres entités liés à la consommation de substances (51–59), et les lignes directrices unifiées, outils et ressources sur le dépistage, la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH (5, 7, 60–64).

D'autres ressources sont mentionnées dans le corps du document et répertoriées dans les annexes, dont des études de cas de services et soins intégrés.

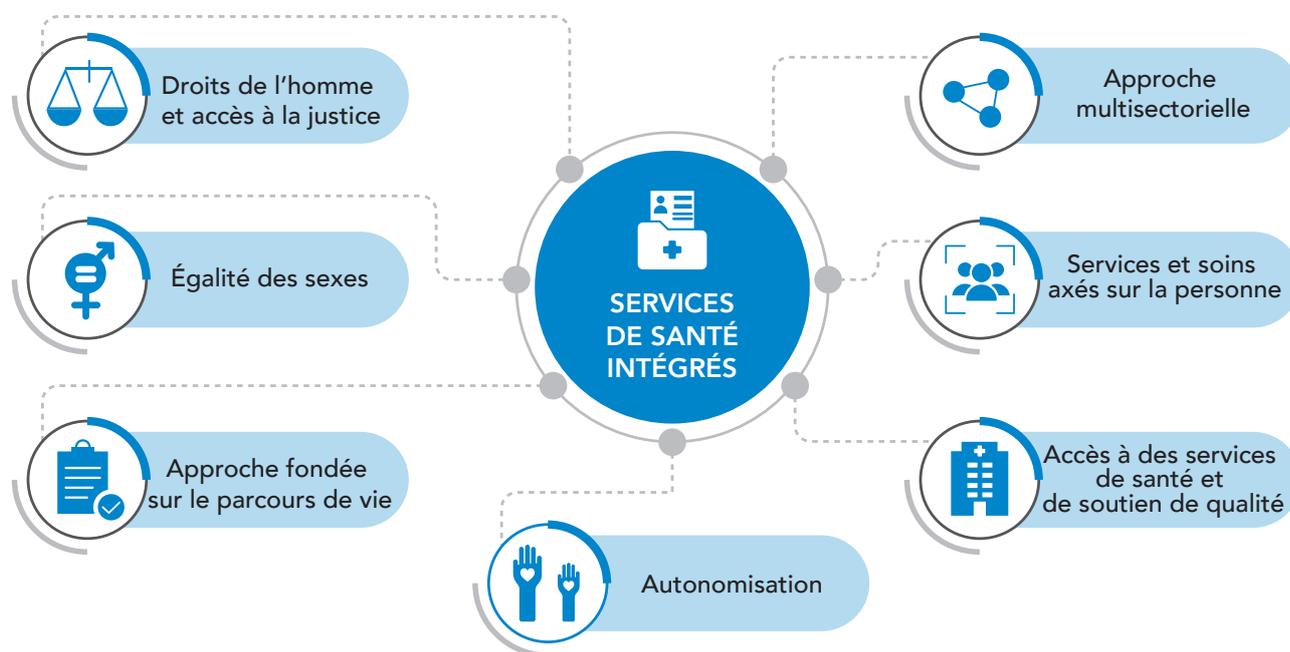
Principes fondamentaux

Les approches présentées dans la présente publication sont fondées sur les principes suivants :

Les **services de santé intégrés** sont gérés et fournis de sorte que les personnes bénéficient de tous les aspects ou de certains éléments d'un service intégré au fonctionnement normal d'un autre service. Ces services aident à répondre aux besoins individuels d'une personne,

Figure 1.

Principes fondamentaux



remédient au problème de la fragmentation des systèmes de santé, et permettent de renforcer la coordination et la collaboration entre les prestataires de services à différents niveaux et dans différents contextes (5).

Les **services et soins axés sur la personne** tiennent compte de la situation des personnes, des familles et des communautés et les considèrent à la fois comme des participants et des bénéficiaires de services de santé et de soutien qui répondent à leurs besoins individuels, en font des priorités et respectent leur volonté et leurs préférences de manière humaine, non contraignante et globale (2, 65, 66).

Accès à des services de santé et de soutien de qualité qui sont efficaces, sécurisés, axés sur la personne, opportuns, équitables, fondés sur des données scientifiques, adaptés au contexte culturel, efficaces, qui tiennent compte de l'âge, du genre et de l'orientation sexuelle, et qui sont adaptés aux besoins. Ces services doivent être accessibles, acceptables et flexibles, et doivent prendre en compte les contextes locaux ainsi que les contraintes économiques, juridiques, de temps et liées à l'activité professionnelle des personnes (67–69).

Une **approche fondée sur le parcours de vie** comprend des politiques, des stratégies et des services dédiés au VIH, à la santé mentale et au soutien psychosocial tenant compte des besoins sociaux, en santé et en bien-être aux différents stades de la vie, notamment la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et l'âge avancé (67).

Les droits de l'homme et l'accès à la justice de tous doivent être protégés, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et autres populations vulnérables, et les personnes atteintes de troubles mentaux, et ce tout au long de leur vie. C'est l'un des fondements de la santé et du bien-être. Il comprend la fourniture de services de santé et de soutien sans discrimination, basée sur le principe d'éthique médicale et les droits de l'homme (5, 70), l'interdiction des arrestations et détentions arbitraires, le droit à un procès équitable, l'interdiction de la torture et des traitements cruels, inhumains et dégradants, et le droit, y compris dans les prisons et autres milieux clos, de jouir du meilleur état de santé possible (5). Les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues, les personnes ayant un usage nocif de l'alcool, et autres groupes vulnérables doivent être habilités à connaître leurs droits et à accéder à la justice de sorte à prévenir les violations des droits de l'homme et, le cas échéant, à y remédier (70).

Autonomisation des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et ayant des handicaps psychosociaux, dont les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, de sorte qu'elles participent à la sensibilisation à la santé mentale, à l'élaboration de lois et politiques, à la définition et à la mise en œuvre de programmes, à la fourniture de services, au suivi et à l'évaluation, et aux recherches (67). Cela comprend le principe de Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) consistant à garantir l'engagement significatif des communautés vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH et le respect des droits des personnes vivant avec le VIH à l'autodétermination et la participation aux processus décisionnels ayant un impact sur leur vie (71).

Afin d'assurer l'**égalité des sexes** en matière de soins, les services et interventions doivent tenir compte des sexospécificités. Les stratégies d'intégration doivent tâcher d'éliminer les inégalités entre les sexes et de mettre fin à toute forme de violence et discrimination liées au genre et à l'identité de genre (72).

Une **approche multisectorielle** constitue une réponse globale et coordonnée en matière de santé mentale qui passe par la mise en place de partenariats entre différents secteurs tels que les services sociaux, de santé, d'éducation, d'emploi, de justice et de logement, et la participation de la communauté et du secteur privé, selon les exigences nationales et locales (67).

Déterminants sociaux de la santé, du bien-être et des risques

L'environnement social, culturel, économique, juridique et physique ainsi que les caractéristiques démographiques des individus influencent leurs comportements en matière de santé, leur risque

d'exposition à des problèmes de santé ou leur protection contre ces derniers (73). Les inégalités sociales, la discrimination et les violations des droits de l'homme sont associées à un risque plus élevé de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (74), d'infection au HIV, et de piètre qualité de vie (75). Les préjugés sexistes, la stigmatisation et la discrimination contribuent également aux risques pour la santé (encadré 1) (33, 76–82).

Certaines populations doivent faire l'objet d'une attention particulière en raison du chevauchement entre déterminants sociaux et structurels qui ont un impact sur l'état de santé physique et mentale. Ces groupes de populations comprennent, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les personnes souffrant de différentes pathologies, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes handicapées, les enfants et adolescents, les personnes vieillissantes et personnes âgées, les femmes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues, les personnes incarcérées, les travailleurs du sexe, les personnes victimes d'exclusion sociale ou de marginalisation pour des raisons de pauvreté, de sans-abrisme, de faible scolarisation ou autres éléments défavorables, les personnes vivant dans des régions rurales ou reculées, les réfugiés et les migrants, les groupes raciaux et ethniques minoritaires, et les populations autochtones (52). Nous allons nous attarder ici sur trois groupes particulièrement exposés au HIV et aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.

Adolescents et jeunes

L'adolescence est une phase critique de transition physique, émotionnelle et sociale (83). Une vulnérabilité accrue au VIH, aux troubles mentaux et à l'initiation à la consommation de substances coïncide avec ces importantes évolutions sociales et développementales. Les adolescents peuvent être exposés à des violences conjugales, à des relations sexuelles forcées et à une consommation nocive de drogues, notamment lorsqu'ils font face à d'autres éléments défavorables. Les enfants et adolescents qui consomment des drogues et les enfants et adolescents LGBTI sont généralement exposés à un plus grand nombre de facteurs de risque et disposent de moins de mécanismes de protection (84). Ces risques apparaissent souvent en cas de différences de genre spécifiques (encadré 1).

Le suicide est la quatrième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans à travers le monde (85). L'automutilation est le fait de 15 à 31 % des adolescents interrogés dans les pays à faible revenu et de 3 à 4,7 % dans les pays à revenu intermédiaire (86). Les adolescents s'identifiant comme LGBTI sont plus enclins à se suicider que leurs homologues non-LGBTI (31, 87).

L'environnement familial peut créer un climat de sécurité ou de risque. L'exposition à des violences ou à de mauvais traitements physiques ou émotionnels augmente la probabilité de survenue de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (84), la conséquence étant que les adolescents peuvent avoir plus de difficultés à se protéger contre le VIH.

La majorité (75 %) des troubles mentaux observés à l'âge adulte surviennent à l'âge de 24 ans, et 50 % à l'âge de 14 ans (88). Les enfants commencent à manifester différents signes de détresse à l'adolescence et ont besoin d'accéder à un soutien psychosocial et autres services connexes spécialisés en santé mentale et bien-être des adolescents (89). L'identité de genre non binaire peut apparaître lors de cette période, et les services et le soutien dédiés aux adolescents doivent prendre en compte les questions de genre (77).

Du fait du potentiel de réduction des effets d'expériences préjudiciables dès l'enfance et d'amélioration des résultats à long terme grâce à des interventions efficaces, les adolescents et les jeunes constituent des populations critiques devant faire l'objet d'une attention particulière (8). Certains troubles mentaux peuvent être prévenus par la mise en place de stratégies visant à renforcer les ressources affectives et sociales des familles et à prévenir les violences et mauvais traitements infligés aux adolescents et aux jeunes (90). Des groupes de parole et des espaces sécurisés peuvent renforcer la confiance en soi et réduire les problèmes d'autostigmatisation des adolescents (9, 91). Les services de conseils fournis à titre individuel et aux familles peuvent réduire les comorbidités liées à la santé mentale des adolescents (49). Le soutien des parents ou des aidants peut s'avérer bénéfique, notamment pour les adolescents devant faire l'objet de traitements et soins continus, mais il est important d'avoir l'autorisation de la personne

concernée avant de contacter ses parents ou aidants (92, 93). De même, certaines interventions visant à prévenir la consommation de drogues sont conçues pour ces tranches d'âge (53).

Les services fournis aux adolescents atteints de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances sont rarement intégrés aux services de lutte contre le VIH. L'OMS a élaboré des ressources visant à apporter un soutien au développement et à la fourniture de services de lutte contre le VIH dédiés aux adolescents. Les principes applicables à la fourniture de services dédiés aux adolescents doivent également s'appliquer à la fourniture de soins aux adolescents souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ou qui consomment des drogues (9, 52, 94).

Personnes vieillissantes et personnes âgées

Les personnes vieillissantes et personnes âgées, dont les personnes vivant avec le VIH, présentent généralement des taux d'isolement social supérieurs, participent moins à la vie sociale, et présentent d'autres facteurs de perturbation tels qu'une détérioration de leur état de santé, la perte de proches, la stigmatisation et la discrimination. La dépression sévère, qui est liée à une moins bonne observance du traitement du VIH et une baisse des performances cognitives, est le fait, selon les estimations, de 13 % des adultes vivant avec le VIH (35).

Le VIH est associé au vieillissement accéléré que le traitement du VIH ne corrige que partiellement. Les taux de comorbidités liées à l'âge, telles que les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, dépression et troubles neurocognitifs (dont ceux liés au VIH)), sont en règle générale plus élevés chez les personnes vivant avec le VIH que les personnes séronégatives (35, 95).

Les personnes vieillissantes et personnes âgées vivant avec le VIH peuvent présenter des multimorbidités (états comorbides multiples) en raison de facteurs de risque liés au VIH et de problèmes de santé liés au vieillissement. Une comorbidité peut augmenter le risque d'apparition d'autres comorbidités, et l'augmentation du nombre d'affections va de pair avec l'augmentation du nombre de médicaments ingérés, ce qui peut avoir des effets défavorables sur la santé physique et mentale et les fonctions cognitives (35). Les troubles liés à la consommation de substances font augmenter encore davantage le risque de déficience cognitive (96).

Le vieillissement accéléré chez les personnes vivant avec le VIH met en exergue la nécessité d'un dépistage et d'une prise en charge intégrés en cas de multiples comorbidités, dont les troubles mentaux et neurologiques. Cette intégration du dépistage et de la prise en charge doit cibler les personnes vieillissantes et personnes âgées via des approches intégrées globales et axées sur la personne mettant l'accent sur le bien-être et la qualité de vie, en plus de l'état de santé, tout au long de la vie (35).

Populations clés

Les populations clés présentent souvent des vulnérabilités cumulées et intimement liées. Elles sont fréquemment marginalisées et criminalisées et sont confrontées à des violations des droits de l'homme qui augmentent le risque d'infection au VIH et de survenue de troubles mentaux. Les populations clés font également souvent face à des obstacles sociaux et juridiques à l'accès à des services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH, à un soutien psychosocial et à des services fournis aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (5, 97). Globalement, en 2020, les populations clés (consommateurs de drogues injectables, femmes transgenres, travailleurs du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et leurs partenaires sexuels représentaient 65 % des infections à VIH à travers le monde, et 93 % des infections en dehors de Afrique subsaharienne (98).

La prévalence de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances est plus élevée chez les personnes incarcérées qu'au sein de la population globale. Les personnes incarcérées sont également plus exposées à la mortalité toutes causes confondues, au suicide, à l'automutilation, aux violences et à la discrimination (29).

Les travailleuses du sexe consommatrices de drogues injectables sont largement surreprésentées parmi les personnes incarcérées. Les travailleurs du sexe vivant avec le VIH qui sont placés en détention ou en attente d'expulsion sont confrontés à bon nombre des mêmes problèmes en termes d'accès au traitement du VIH, d'isolement et de discrimination que les personnes incarcérées (99).

Parmi les événements indésirables signalés par les travailleurs du sexe consommateurs de drogues injectables, on peut citer la violence au travail, les mauvais traitements subis durant l'enfance, les violences physiques et sexuelles, et le harcèlement policier. Dans les régions où sont en vigueur des lois et politiques répressives en matière de consommation de drogues, de rapports sexuelles monnayés ou de rapports sexuels entre personnes de même sexe, les consommateurs de drogues, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres et les travailleurs du sexe sont soumis à différents niveaux de risque et de vulnérabilité étroitement imbriqués en raison des effets combinés de la criminalisation, de la stigmatisation et de la discrimination (99, 100).

Les jeunes incarcérés présentent des taux élevés de consommation de drogues et d'alcool et de comportements sexuels à risque, auxquels s'ajoutent des antécédents traumatiques et des conditions sociales défavorables, dont des faibles niveaux d'étude, le chômage, la pauvreté et le sans-abrisme (101).

Un examen de la littérature scientifique portant sur la santé mentale au sein des groupes LGBTI révèle des taux élevés de troubles mentaux, dont la dépression, les troubles bipolaires, les tentatives de suicide, la consommation de substances et la dépendance à ces dernières (28). Les personnes transgenres n'ont souvent pas accès à l'économie formelle, ce qui conduit à des taux élevés de sans-abrisme, d'usage nocif de l'alcool, de consommation de drogues, et d'accès à un emploi les exposant à des risques supplémentaires (par exemple la prostitution) (100–104).

Un dépistage systématique et une prise en charge des troubles mentaux, notamment pour la dépression et le stress psychosocial, doivent être proposés et fournis en même temps que les services de lutte contre le VIH aux populations clés, dont les personnes vivant avec le VIH, de sorte à optimiser les résultats en matière de santé et de lutte contre le VIH (5).

Les pays doivent éliminer les obstacles structurels auxquels sont confrontées les populations clés et créer des environnements favorables, par exemple en abolissant les politiques qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH sur le fondement de leur statut sérologique, en dépénalisant la prostitution, la consommation de drogues, les relations sexuelles entre personnes de même sexe et les identités sexuelles diverses, en éliminant la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation, en autonomisant la communauté, et en mettant fin aux violences physiques, sexuelles et autres perpétrées à l'encontre des populations clés (5).

Les prestataires de services doivent être formés à travailler avec les individus issus des populations clés. Les interventions doivent comprendre les éléments suivants (105) :

- > Protection contre la violence, les préjudices physiques et psychologiques, et l'exploitation.
- > Recours à des pratiques fondées sur des données factuelles lors de la conception de programmes et de services.
- > Mise en place de conditions sécurisées garantissant la dignité et la promotion de l'autonomie.
- > Participation des populations clés, dans toute leur diversité, à la prise de décisions portant sur leur santé et bien-être.

Les populations clés et autres groupes vulnérables, dont les adolescents, les jeunes et les personnes vieillissantes et personnes âgées, sont confrontés à des facteurs biomédicaux, sociaux, politiques et économiques contribuant au risque élevé de survenue de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (106). Les populations clés et autres groupes vulnérables ne sont pas tous affectés de la même façon par le VIH ; leur situation varie selon les pays et les épidémies. En se fondant sur le contexte épidémiologique et social ainsi que sur d'autres données, chaque pays doit également définir d'autres groupes vulnérables à cibler dans le cadre de politiques, stratégies, programmes et interventions

adaptées, notamment pour les services fournis aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (7). Ces groupes peuvent comprendre les personnes atteintes de graves troubles mentaux, les personnes présentant des comportements spécifiques en matière de consommation de drogues (tels que la consommation de différentes substances psychoactives), les personnes ayant des besoins particuliers en matière de santé (telles que les personnes présentant de multiples affections concomitantes, les femmes enceintes), les personnes ayant des besoins en matière d'aide sociale et de soutien (tels que la recherche de logement, l'accès au système de justice pénale), et les personnes évoluant dans d'autres contextes sociaux et culturels (telles que les migrants, les réfugiés, les minorités ethniques ou religieuses, les populations autochtones).

Prise en compte des questions de genre dans le traitement du VIH et des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

La discrimination fondée sur le genre expose les adolescentes à des risques spécifiques tels que la violence, le mariage d'enfants, précoce ou forcé, l'exploitation et l'abus sexuels, et l'exclusion du marché du travail, du système éducatif et de la prise de décisions.

Une grossesse précoce va de pair avec une augmentation du risque d'infection à VIH et autres maladies sexuellement transmissibles.

Les normes de genre peuvent renforcer la position de faiblesse dans laquelle se trouve les jeunes femmes dans leurs relations, au sein du foyer, sur le lieu de travail et au sein de la société.

Les normes et attentes en termes de masculinité ainsi que les expériences vécues par les garçons telles que la négligence ou la violence peuvent les amener à adopter des comportements faisant augmenter le risque de blessure et violence.

Concernant à la dépression, les différences de genre se manifestent à l'adolescence, les filles et femmes étant davantage exposées au risque de troubles dépressifs que les garçons et hommes. La dépression est la deuxième cause de charge de morbidité chez les filles et jeunes femmes âgées de 10 à 19 ans, tandis que la violence interpersonnelle et l'automutilation en sont les deuxième et troisième causes chez les garçons et jeunes hommes.

Les personnes LGBTI sont confrontées à des systèmes d'oppression interdépendants et se renforçant les uns les autres qui peuvent menacer la santé, la sécurité et les perspectives économiques. Plus de 65 pays criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, au moins 8 d'entre eux prévoyant la peine de mort.

Les femmes vivant avec le VIH présentent des taux de dépression, d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique plus élevés que les hommes vivant avec le VIH et que les femmes séronégatives.

Les normes de genre et les stéréotypes ont un impact sur le risque d'infection à VIH :

- > Les travailleuses du sexe consommatrices de drogues subissent souvent des violences physiques et sexuelles et présentent des taux d'infection à VIH plus élevés que les consommateurs de drogues.
- > Les femmes sont plus susceptibles de s'injecter des drogues après utilisation de la seringue par leurs partenaires.
- > Les femmes ont souvent moins accès à des programmes de réduction des risques que les hommes, et leurs besoins en matière de sécurité peuvent ne pas être satisfaits.
- > Les hommes ont moins tendance que les femmes à effectuer un test de dépistage du VIH et à amorcer et observer un traitement contre le VIH, ce qui témoigne des modèles généraux de comportement des hommes en matière de santé, modèles liés, entre autres, aux normes dominantes de masculinité. Les normes de masculinité et stéréotypes de genre traditionnels sont également liés aux violences conjugales et fondées sur le genre, ce qui renforce la vulnérabilité au VIH chez les femmes et personnes LGBTI.

Les caractéristiques relatives à la consommation de drogues chez les femmes et leurs conséquences diffèrent de celles des hommes :

- > Les femmes commencent à utiliser des substances psychoactives plus tard mais augmentent leur consommation plus rapidement que les hommes.
- > Les consommatrices de drogues sont deux à cinq fois plus souvent victimes de violences fondées sur le genre que les femmes ne consommant pas de drogues.
- > Les femmes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ont moins accès à des traitements que les hommes atteints des mêmes troubles. En règle générale, les traitements ne tiennent pas compte des besoins des femmes, notamment les besoins spécifiques des femmes enceintes atteintes de troubles liés à la consommation de substances.

Sources : (89, 107–111).

Stigmatisation et discrimination

Plusieurs formes de stigmatisation (stigmatisation réelle, anticipée, perçue, structurelle et intériorisée) et de discrimination créent des obstacles à la santé et au bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances. La stigmatisation et la discrimination peuvent être associées au VIH, à des troubles mentaux ou liés à la consommation de drogues et à certains symptômes comportementaux. Des stigmatisations multiples ou intimement liées (par exemple la stigmatisation associée au VIH et aux troubles mentaux ou liés à la consommation de drogues) peuvent entraîner la discrimination et l'exclusion sociale, rendant difficile l'accès aux services (encadré 2) (112–114).

Les fournisseurs de soins de santé peuvent stigmatiser et discriminer les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et d'autres groupes vulnérables (115). Des échanges empreints de mépris ou d'irrespect avec des prestataires de soins peuvent déboucher sur des refus ou des retards dans la prestation de services et créer d'importants obstacles à la fourniture de soins de qualité (5, 100, 115). Il se peut que les prestataires de soins ne disposent pas des compétences requises ou n'ait pas suivi de formations leur permettant de détecter les symptômes psychologiques, ou il se peut qu'ils ne prennent pas les mesures s'imposant à des fins d'examen plus poussé, de prise en charge et d'orientation même s'ils détectent les symptômes (115).

Risques pour la santé, le bien-être psychologique et la qualité de vie

Voici les risques pour la santé, le bien-être psychologique et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, des individus issus des populations clés, et des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (116) :

Stigmatisation et discrimination associées aux identités sociales, aux comportements ou au statut juridique, tels que :

- > Appartenance à la communauté LGBTI.
- > Consommation de drogues.
- > Travailleurs du sexe.
- > Identité de genre non conforme ou non binaire.
- > Historique d'incarcération.
- > Migrant ou immigré.

Politiques et lois qui criminalisent ou ont un impact sur ce qui suit :

- > Populations clés, dont travailleurs du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues et personnes transgenres.

- > Personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Non-divulgateur de la séropositivité, exposition au VIH ou transmission du VIH.
- > Consommation de substances.
- > Services de réduction des risques et de traitement des troubles liés à la consommation de substances.
- > Âge du consentement pour les services de santé sexuelle et reproductive.

Exposition à la violence, notamment :

- > Exploitation sexuelle des enfants.
- > Maltraitance des enfants et négligence.
- > Relations sexuelles et mariage d'enfants avec des partenaires plus âgés.
- > Violences fondées sur le genre.
- > Violences conjugales.
- > Violences policières.

Dans les établissements de santé, les facteurs communs de stigmatisation liés au VIH et aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances comprennent le fait d'associer le trouble ou le comportement à la faute et la culpabilité, le manque de conscience de la stigmatisation ou de son impact, les mythes associés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, le manque de connaissances, et les politiques et pratiques institutionnelles.

La peur de la transmission ou de l'infection est souvent associée à la stigmatisation liée au VIH. La peur d'un comportement peut être associée à la stigmatisation des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (115).

Afin de résoudre ces problèmes, les outils de formation QualityRights de l'OMS donnent des conseils permettant de renforcer la prise en compte des droits dans l'approche adoptée en matière de soins. Les objectifs sont les suivants : renforcer les capacités en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, promouvoir une approche axée sur la personne, tenant compte des besoins individuels et fondée sur les droits, renforcer le respect des droits de l'homme, améliorer la qualité de la prise en charge dans les services de santé mentale et services connexes, concevoir des services au sein de la communauté, pilotés par cette dernière et axés sur le rétablissement qui respectent et promeuvent les droits de l'homme, créer un mouvement issu de la société civile assurant les activités de plaidoyer et capables d'influencer l'élaboration des politiques, et mettre à jour les politiques et lois nationales conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme (117).

Intégration des interventions et services

Les interventions et services intégrés propres à chaque contexte constituent une priorité pour la fourniture de services et soins de qualité aux personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et aux individus issus d'autres populations vulnérables (encadré 3).

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances sont reliés de manière bidirectionnelle au VIH via plusieurs mécanismes, y compris des facteurs déterminants des maladies communs tels que les facteurs de risque biologique, les facteurs de risque cognitif et comportemental, et les facteurs déterminants sociaux et environnementaux (118).

Les prestataires de services de santé doivent être formés de sorte à mettre en pratique leurs connaissances en matière de santé et comportement liés au VIH, à assurer un soutien psychosocial et à reconnaître et traiter les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances fréquents, tout cela pouvant être pris en charge efficacement par les structures fournissant des soins de santé primaires (49, 59, 119).

Quant aux services de prévention et traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, ils doivent garantir un accès continu à des services volontaires et confidentiels de prévention, dépistage et conseil en matière de VIH et de soutien psychosocial aux personnes susceptibles d'être plus à risque de contracter le VIH (120).

Des approches intégrées doivent dépasser les limites sectorielles et faire intervenir des services de soins de santé, sociaux, juridiques, judiciaires et éducatifs. Les planificateurs et responsables de la mise en œuvre doivent faire participer les organisations basées au sein de la communauté et pilotées par cette dernière à la fourniture de services, au suivi et à la reddition de comptes de façon à veiller à ce que les services soient acceptables et ne causent aucun préjudice (50, 121).

Certains éléments laissent penser qu'il est tout à fait possible d'intégrer des interventions et services ciblant les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ainsi que le VIH. Des données recueillies à travers le monde montrent que ces interventions et services peuvent être efficacement gérés dans différents milieux en dépit d'écart considérables en termes de ressources (90, 122). Si les spécialistes se font rares, la répartition des tâches entre pairs, travailleurs de la santé non professionnels, conseillers en observance du traitement ou autres ressources humaines au sein de la communauté ou pilotées par cette dernière constitue une stratégie utile de prise en charge du soutien psychosocial fondé sur des données factuelles dans les communautés touchées par le VIH (123–126).

Pour les troubles les plus fréquents, tels que la dépression et l'anxiété, l'investissement dans des services de prise en charge et de soutien psychosocial ainsi que le développement de ces services à plus grande échelle s'imposent d'un point de vue économique et pourraient permettre un retour sur investissement de l'ordre de deux à cinq fois supérieur. Les programmes de fourniture de services liés au VIH ont recours à des stratégies visant à intégrer ces services. Des interventions rentables et abordables destinées aux personnes vivant avec le VIH dans des zones à forte prévalence et qui peuvent être menées en dépit du niveau de pauvreté, de la stigmatisation et de la ruralité continuent à émerger (127, 128).

Lorsqu'elles sont atteintes d'une affection chronique telle que le VIH, les personnes ont tendance à s'occuper des causes physiques de leur maladie ou d'autres problèmes. Pourtant, les troubles mentaux peuvent parfois être le signe d'une aggravation d'un trouble, et il est important d'effectuer un examen global (128).

Les services intégrés peuvent renforcer l'accès aux soins. L'intégration de services dédiés à la santé mentale, au soutien psychosocial, à la réduction des risques et au traitement en cas de dépendance à une substance aux services de prévention, dépistage, traitement et prise en charge du VIH pourrait aider à prévenir de nouvelles infections au VIH et à améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH ou à risque de contracter le VIH (25, 49, 128–158).

VIH et troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances : prévalence et interactions

VIH

- > On estime à 37,7 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH. Parmi eux, 31,6 millions connaissent leur statut sérologique, 27,5 millions bénéficient d'un traitement antirétroviral, et 24,9 millions ont une charge virale indétectable (106).
- > En 2020, on estime à 1,5 million le nombre de nouvelles infections à VIH et à 680 000 le nombre de décès des suites du sida (106).

Troubles mentaux

- > On estime à 970 millions le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux.
- > Les personnes vivant avec le VIH et les individus issus des populations clés sont beaucoup plus touchés par les troubles mentaux. Les troubles mentaux vont de pair avec l'augmentation du risque d'infection à VIH. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves présentent un taux élevé d'infection à VIH.

- > Les troubles mentaux peuvent retarder l'accès aux services de prévention et dépistage du VIH et l'orientation vers des soins ainsi que les effets positifs de ces derniers. Ils peuvent également diminuer l'observance du traitement du VIH et le taux de rétention. Le traitement de la dépression peut améliorer la prévention du VIH, l'observance du traitement et les résultats obtenus, notamment lorsque à cela s'ajoute une formation à l'observance (38).
- > Les troubles mentaux sont parfois associés à une hausse du taux de mortalité des suites du sida.

Troubles neurologiques

- > Le VIH a d'importantes répercussions sur le système nerveux, provoquant directement des pathologies dans le cerveau, la moelle épinière et les nerfs périphériques.
- > Les troubles neurocognitifs associés au VIH affectent environ 50 % des adultes vivant avec le VIH et comprennent des déficiences neurocognitives asymptomatiques, des troubles neurocognitifs légers et la démence liée au VIH. Les troubles neurocognitifs liés au VIH s'expliquent par une mauvaise observance du traitement du VIH, des troubles irréversibles du système nerveux central associés à une infection à VIH non traité, et une infection chronique au VIH (par exemple chez les personnes vieillissantes vivant avec le VIH).
- > Les infections opportunistes du système nerveux central liées au VIH (par exemple le cytomégalovirus qui touche le système nerveux central, la tuberculose qui touche le système nerveux central, la méningite cryptococcique, la leucoencéphalopathie multifocale progressive) peuvent être mortelles. Parmi les symptômes, on peut citer le délire, la fièvre et les déficits neurologiques focaux.

Troubles liés à la consommation de substances.....

- > On estime à 283 millions le nombre de personnes ayant un usage nocif de l'alcool. Les habitudes de consommation d'alcool à risque font augmenter le risque d'infection à VIH. En 2016, environ 33 000 décès (3,3 %) des suites du sida ont été attribués à l'alcool.
- > On estime à 11,3 millions le nombre de personnes consommant des drogues injectables dans le monde. Parmi ces personnes, 1,4 million vivent avec le VIH.
- > Environ 36 millions de personnes sont atteintes de troubles liés à la consommation de drogues, dont la toxicomanie. La consommation de drogues (notamment de drogues injectables) fait augmenter le risque de transmission du VIH (144–146).
- > La consommation de substances pose des problèmes en termes d'identification, de traitement et d'observance du traitement du VIH. L'efficacité du traitement du VIH des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances est inférieure à celle des personnes ne souffrant d'aucun trouble lié à la consommation de substances (147–153).
- > On estime à 20 % la proportion de nouvelles infections à VIH, hors Afrique subsaharienne, qui sont associées à la consommation de drogues injectables, mais des obstacles politiques et sociaux à l'accès aux soins ainsi que la rareté du traitement de la toxicomanie et d'autres services et spécialistes subsistent (144).
- > Le traitement des troubles liés à la consommation de substances et la réduction des risques (notamment les programmes d'échange de seringues et le traitement de substitution aux opiacés) sont associés à une prévention efficace du VIH et un renforcement de la couverture des traitements du VIH et de leur observance (154, 159).

Suicide

- > On estime à 700 000 le nombre de personne qui se suicident chaque année. Le taux de suicide est plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH (33, 25, 155–158).
- > Il existe un risque accru de suicide chez les personnes incarcérées et autres populations clés, dont les jeunes populations clés, notamment les adolescents et jeunes LGBTI (29–32).
- > Les stratégies ciblées de réduction des risques de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et de décès profitent aux personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH.
- > Selon trois études menées en Afrique, 13 % à 17 % des personnes vivant avec le VIH ont des pensées suicidaires ou font des tentatives de suicide (155, 157).

Continuum des services de lutte contre le VIH

Le continuum des services de lutte contre le VIH comprend des services de prévention du VIH, de dépistage, d'amorce du traitement, de rétention des patients, de suppression de la charge virale et de soutien aux personnes vivant avec le VIH, notamment la fourniture ou la mise en relation avec des services de prise en charge des comorbidités telles que la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Le continuum fournit des points d'entrée pour l'intégration de services dédiés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.

Il apparaît de plus en plus évident que les personnes atteintes de troubles mentaux et liés à la consommation de substances (notamment les jeunes, les personnes vieillissantes et les individus issus des populations clés) qui ne sont pas prises en charge pour ces troubles et ne bénéficient d'aucun soutien ont un accès limité aux services de prévention, dépistage, traitement et prise en charge du VIH et que leur santé se dégrade (36–38).

Les aspects liés à l'intégration des services de dépistage, de diagnostic et de prise en charge en cas de troubles mentaux et liés à la consommation de substances dans des structures qui fournissent des services relevant du continuum des services de lutte contre le VIH sont décrits dans la présente section. L'OMS fournit des recommandations détaillées (encadré 4) (5, 7, 62, 93, 160–168).

Prévention du VIH

La diversité des modes de prestation de services de prévention du VIH, dont des services de soins prénatals, de planification familiale et de santé assurés dans des établissements et au sein des communautés, permet d'intégrer la réduction des risques (5, 7), des conseils en matière de changement de comportement, la distribution de préservatifs, la circoncision masculine médicale volontaire (164) et la prophylaxie pré-exposition (64, 170) dans les services d'éducation, d'examen, d'orientation et de soutien destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (171).

Les directives relatives à la prophylaxie pré-exposition imposent de mettre en place des services de dépistage du VIH et d'orientation vers des traitements et soins, et notamment des services d'autodépistage assurés par des professionnels de santé qualifiés, des travailleurs de la santé non professionnels ou des pairs. Pour les femmes et les populations clés, les services de prévention du VIH doivent comprendre la fourniture de services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et de planification familiale (172). Les prestataires pourraient être formés au dépistage et à l'orientation des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans le cadre d'un ensemble de services de prévention du VIH et d'évaluation des risques (63).

Les soins prénatals dispensés au sein d'établissements et les services de prévention de la transmission verticale du VIH constituent autant de moyens de sensibiliser les femmes aux problèmes de santé mentale, de dépister les troubles mentaux, de fournir un soutien psychosocial et des thérapies psychologiques de faible intensité, et d'assurer un accompagnement par des pairs (173, 174).

Un dépistage et une brève intervention en matière de consommation de drogues et d'alcool et de dépendance à ces produits lors de la grossesse peuvent être assurés lors de consultations prénatals dans le cadre d'interventions globales afin de répondre aux besoins des consommatrices de drogues et femmes présentant une dépendance aux substances et d'autres troubles (55).

Les infirmières, les pairs, les professionnels de santé communautaires et les bénévoles qui effectuent des visites prénatals au domicile de femmes vivant avec le VIH peuvent être

formés à poser un diagnostic de dépression et à mener des interventions psychosociales et psychologiques (175, 176).

La circoncision masculine médicale volontaire doit continuer à être recommandée et soutenue en tant que solution efficace combinée à des activités de prévention du VIH destinées aux adolescents et hommes âgés d'au moins 15 ans dans des pays hautement prioritaires de façon à réduire le risque de transmission hétérosexuelle du VIH. La circoncision masculine médicale volontaire peut être intégrée aux services et programmes de santé destinés aux hommes et adolescents, notamment les services de santé mentale, de santé sexuelle et reproductive, de maladies non transmissibles et de vaccination (164).

Des interventions à plusieurs niveaux sont nécessaires afin de réduire les obstacles à l'accès à des actions de prévention du VIH pour les personnes à risque de contracter le VIH, notamment les populations clés, les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et autres groupes vulnérables (171). Les approches adoptées font intervenir des pairs assurant un rôle de soutien, des groupes de parole et des programmes de santé mentale visant à aider les personnes à faire face à la stigmatisation liée au VIH, aux troubles mentaux, à la toxicomanie, à l'usage nocif de l'alcool et aux peurs concernant les approches de prévention du VIH. D'autres interventions prennent la forme d'activités de sensibilisation des communautés ayant pour but de modifier les normes et attitudes à l'égard de la prophylaxie pré-exposition, de services destinés aux consommateurs de drogues et aux personnes ayant un usage nocif de l'alcool, et d'une fourniture au sein de la communauté et pilotée par cette dernière de services de prévention du VIH en dehors de dispensaires (5, 63, 177).

Services de dépistage du VIH

Les services de dépistage du VIH constituent toute la gamme de services devant être fournis conjointement au dépistage du VIH. Ces services comprennent la transmission d'informations préalable au dépistage et la fourniture de conseils après le dépistage, la mise en relation avec des services de prévention ou de traitement et de prise en charge du VIH et autres services cliniques et de soutien, et la coordination avec des services de laboratoire à des fins de contrôle de la qualité (61).

Il est nécessaire d'adopter une approche pluridimensionnelle afin d'atteindre les objectifs de dépistage du VIH pour 2025 consistant à identifier 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH d'ici 2025 (178), notamment pour les populations clés dans toute leur diversité et autres groupes vulnérables (52, 56, 92, 179). Il est primordial d'éliminer les obstacles à l'accès et au recours au dépistage du VIH pour les individus issus de ces populations et les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (5, 61, 160).

Les services de dépistage du VIH au sein de la communauté, l'orientation par le prestataire ou la communauté, le dépistage s'appuyant sur les réseaux sociaux, et l'autodépistage du VIH peuvent aider à réduire la stigmatisation autour du dépistage du VIH (61, 180). De tels programmes pourraient intégrer un dépistage des troubles mentaux fréquents et un soutien psychosocial, sensibiliser à l'auto-prise en charge et l'autoassistance pour les questions liées aux troubles mentaux, et mettre en place une mise en relation formelle, via des pairs ou des prestataires, avec des services et soins liés aux troubles mentaux et à la consommation de substances au niveau des structures de santé et de la communauté (181).

Les directives en matière de conseils après le dépistage préconisent de garantir l'accès à un soutien pour les personnes diagnostiquées séropositives (61), soutien qui permettrait notamment d'évaluer les tendances suicidaires, la dépendance aux drogues, l'usage nocif de l'alcool et la présence de troubles mentaux (7, 160).

La fourniture de conseils préalable au dépistage n'est pas recommandée dans le cadre des services de dépistage du VIH, mais des données confirment le bien-fondé de la transmission d'informations concises préalable au dépistage et de messages proposant et encourageant le dépistage, notamment le fait de pouvoir poser des questions dans un cadre privé (61).

Les services de dépistage du VIH peuvent être intégrés aux services de prise en charge des troubles mentaux et de soutien psychosocial ainsi qu'à la fourniture de traitements contre des

troubles liés à la consommation de substance afin d'aider à identifier les personnes à risque de contracter le VIH, de proposer des actions de prévention du VIH, et de renforcer la mise en relation avec des services de prise en charge du VIH et autres services. Des centres avec ou sans hospitalisation assurant le traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances doivent intégrer l'accès au dépistage du VIH accompagné d'un examen médical et psychologique complet et faciliter l'orientation vers des soins VIH.

Les établissements proposant des services de santé mentale communautaires peuvent assurer la transmission de messages liés à la réduction des risques, favoriser la génération d'une demande par des pairs, assurer le dépistage du VIH et fournir des conseils dans le cadre d'examen individuels. Les prestataires de services liés au VIH, à la santé mentale, au soutien psychosocial et à la consommation de substances peuvent créer des réseaux de traitement au sein des communautés et pilotés par ces dernières en mettant en place de larges partenariats entre les établissements de santé et les milieux communautaires ou regrouper ces services afin de garantir la fourniture de services intégrés en un seul et même lieu (127).

Mise en relation avec des services de traitement du VIH et amorce du traitement

Des interventions individualisées et structurelles sont nécessaires afin d'éliminer les obstacles à l'accès au traitement et aux soins VIH, notamment pour les populations clés et autres groupes vulnérables, dont les adolescents, les personnes vieillissantes et personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (7, 60, 62, 92, 166). Ces obstacles doivent être évalués en tenant compte des questions liées au genre et à l'âge. Des méthodes de consultation qui renforcent les mécanismes d'adaptation en cas de récent diagnostic d'infection à VIH et encouragent l'amorce d'un traitement antirétroviral peuvent aider les personnes à faire face à la stigmatisation et la discrimination, à s'intéresser aux réactions négatives liées au VIH et à discuter et développer des capacités de communication permettant de minimiser leur impact, et à réfléchir à leurs sentiments et perceptions d'eux-mêmes (7, 92).

Les conseillers VIH peuvent encourager des discussions libres sur la stigmatisation et la discrimination, mettre au point des moyens d'y faire face dans le cadre de groupes de parole, et orienter vers des services individualisés de conseil en santé mentale et soutien psychosocial.

Les besoins spécifiques en matière de traitement du VIH des adolescents, femmes enceintes, populations clés, personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, personnes vieillissantes et personnes âgées et individus issus d'autres groupes vulnérables sont répertoriés dans plusieurs sources (5, 60, 62, 92-94, 119, 171, 177, 182, 183). Les personnes appartenant à ces groupes sont souvent confrontées à de nombreux facteurs sociaux défavorables associés à une santé mentale précaire, à un risque accru de consommation de drogues ou d'usage nocif de l'alcool, à un manque de suivi, et à des problèmes liés à l'observance du traitement du VIH.

L'examen et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances peuvent être encadrés par le *Guide d'intervention mhGAP* (49), le *Manuel opérationnel mhGAP* (50) et la *boîte à outils de la communauté mhGAP* (121).

Afin d'optimiser les résultats cliniques, des services de lutte contre le VIH de bonne qualité doivent assurer des services et soins intégrés personnalisés, dont un examen de routine, des actions ciblant les troubles mentaux (tels que dépression, anxiété, stress psychosocial, risque de suicide), neurologiques et liés à la consommation de substances, et un soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque de contracter le VIH (5, 166).

Parmi les interventions et services intégrés proposés aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, on peut citer ce qui suit :

- > Fourniture de conseils à la fois pour les personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et en matière de santé sexuelle et reproductive.

- > Fourniture d'un traitement antirétroviral et de traitements psychopharmacologiques tels que le traitement de substitution aux opiacés aux consommateurs d'opiacés par voie injectable.
- > Soins collaboratifs, avec un responsable des soins dédié au sein des services de lutte contre le VIH qui détecte les troubles mentaux, propose de brèves interventions psychosociales et assure un suivi de la réaction aux soins administrés, en collaboration avec l'équipe médicale et des prestataires de soins en santé mentale externes (184, 185).
- > Accès à des interventions psychosociales et à un soutien intégrés au sein des services de lutte contre le VIH, tels que :
 - Dépistage et brève intervention destinés aux consommateurs de drogues, aux toxicomanes, aux personnes ayant un usage nocif de l'alcool et aux alcooliques.
 - Thérapie comportementale et cognitive (186, 187).
 - Gestion des crises.
 - Entrevue motivationnelle et thérapie de renforcement de la motivation.
 - Traitement axé sur la famille.
 - Groupes d'entraide.
 - Thérapie de résolution de problème (188).
 - Prévention de l'overdose.

L'intégration de la fourniture de services de lutte contre le VIH, de services d'orientation et d'un traitement antirétroviral au sein des services de santé mentale et assurant le traitement des troubles liés à la consommation de substances pourrait renforcer le recours au traitement du VIH.

Observance et continuité du traitement du VIH

Pour les personnes vivant avec le VIH atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, la prise en charge du traitement antirétroviral doit être assurée dans le respect des *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, la fourniture de services et le suivi liés au VIH* de l'OMS (169).

De plus, un soutien psychosocial pour l'observance du traitement du VIH doit être fourni aux personnes vivant avec le VIH et atteintes de graves troubles mentaux (189) conformément aux *Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH* de l'OMS (7) et aux *Lignes directrices relatives à la prise en charge des problèmes de santé physique chez les adultes atteints de graves troubles mentaux* de l'OMS (190).

Les personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes incontrôlés de dépression sont plus enclins à moins bien observer leur traitement du VIH en raison d'oubli, d'une mauvaise organisation et d'une mauvaise compréhension des schémas de traitement. Un service de conseil et un traitement médical adéquat peuvent améliorer l'observance du traitement du VIH. L'OMS recommande d'intégrer un examen et une prise en charge des troubles de la dépression dans les services de soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH (7).

Pour les personnes vieillissantes et personnes âgées vivant avec le VIH, une approche globale, tenant compte de l'âge et axée sur la personne est nécessaire afin de fournir systématiquement des services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins en cas de multimorbidité (par exemple des maladies non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques) et de diminution du bien-être et des performances physiques et neurocognitifs, de façon à préserver et améliorer la qualité de vie (35).

Des interventions comportementales structurées de faible intensité assurées par le personnel infirmier peuvent améliorer l'observance du traitement du VIH et le taux de rétention des patients (191).

Fourniture de services pour les personnes vivant avec le VIH : recommandations de l'OMS mises à jour en 2021

L'OMS a mis à jour ses recommandations relatives à la fourniture de services pour les personnes vivant avec le VIH (161) :

- > Le traitement antirétroviral peut être proposé en dehors des établissements de santé (nouvelle recommandation conditionnelle, données dont la fiabilité est faible à modérée).
- > Les personnes suivant un traitement antirétroviral doivent se voir proposer des consultations tous les trois à six mois, de préférence, si possible, tous les six mois (recommandation mise à jour vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).
- > Les personnes suivant un traitement antirétroviral doivent se voir proposer un renouvellement de leur ordonnance tous les trois à six mois, de préférence, si possible, tous les six mois (recommandation mise à jour vivement préconisée, données dont la fiabilité est faible à modérée).
- > Les programmes de lutte contre le VIH doivent prévoir des interventions visant à retrouver les personnes ayant abandonné leur traitement et apporter un soutien pour qu'elles puissent le reprendre (nouvelle recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est faible).
- > Les services de santé sexuelle et reproductive, dont la contraception, peuvent être intégrés aux services de lutte contre le VIH (recommandation mise à jour conditionnelle, données dont la fiabilité est très faible).
- > Les soins liés au diabète et à l'hypertension peuvent être intégrés aux services de lutte contre le VIH (nouvelle recommandation conditionnelle, données dont la fiabilité est très faible).
- > Les interventions psychosociales doivent être assurées au profit de tous les adolescents et jeunes adultes vivant avec le VIH (nouvelle recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).
- > Le partage des missions de prélèvement d'échantillons et de dépistage sur le lieu d'intervention par du personnel non-laborantin doit être mis en place lorsque les ressources en personnel professionnel sont limitées (recommandation mise à jour vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).

Pour les consommateurs de drogues injectables et les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances, les pharmacies ou dispensaires spécialisés dans le VIH doivent intégrer des interventions non structurées telles que des programmes d'échange de seringues et des groupes d'entraide. Les pharmacies ou dispensaires spécialisés dans le VIH doivent assurer des actions de prévention des overdoses, proposant notamment la naloxone, offrir un traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone ou de buprénorphine accompagné d'une assistance psychosociale, et faciliter l'accès à d'autres formes de traitement pour les personnes amorçant un traitement antirétroviral, conformément aux *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH pour les populations clés de l'OMS (5)*, au *Guide d'intervention mhGAP (49)*, aux *Lignes directrices sur le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés accompagné d'une assistance psychosociale (56)*, et aux *Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues de l'OMS/ONU DC (52)*.

Garantir l'accès et le recours aux traitement et soins du VIH pour les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

L'OMS recommande de mener en priorité les actions et interventions suivantes (7, 50, 166) :

Optimiser et harmoniser la formation des prestataires de soins de santé :

- > Intégrer les aspects clés de la prévention, du dépistage, du traitement et de la prise en charge du VIH dans les programmes de formation en santé mentale des spécialistes et généralistes, notamment le diagnostic et la prise en charge des troubles et comorbidités chroniques.
- > Faire en sorte que les prestataires de services de santé et de lutte contre le VIH disposent des connaissances et compétences requises afin de dépister, de diagnostiquer et de prendre en charge les troubles mentaux et apportent un soutien psychosocial aux personnes souhaitant bénéficier de services et de soins pour différentes pathologies, dont le VIH.
- > Encourager les prestataires de soins de santé à poser des questions sur la consommation d'alcool et de drogues et, le cas échéant, à organiser une brève intervention et à apporter un soutien psychosocial.
- > Donner aux prestataires de services de santé des moyens leur permettant de promouvoir des services de santé exempts de stigmatisation, respectueux des adolescents, des femmes et des personnes LGBTI, de sorte à garantir l'engagement, l'observance du traitement, la rétention des patients et l'amélioration des résultats cliniques.
- > Être conscient que des facteurs culturels peuvent avoir un impact sur la présentation des symptômes physiques et psychologiques.

Garantir l'accès et l'orientation vers des services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH dans des établissements spécialisés, des hôpitaux assurant des soins généraux et autres centres de santé pour les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.

Fournir des services et soins intégrés, tenant compte des besoins individuels et respectueux des droits de l'homme aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances :

- > Fournir des services de traitement et de soins aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans des établissements de santé au sein des communautés et non spécialisés.
- > Renforcer la couverture des interventions fondées sur des données factuelles de sorte à prendre en charge les pathologies graves. Utiliser un réseau de services de santé mentale au sein des communautés, comprenant des services et soins de courte durée avec hospitalisation ou non, des soins fournis dans des hôpitaux assurant des soins généraux, des centres de santé mentale offrant des services complets et des centres de soins de jour.
- > Veille à ce que les services de lutte contre le VIH relevant du continuum de services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins sont accessibles à toutes les personnes en ayant besoin tout au long de leur vie.

Utiliser des mécanismes d'amélioration en continu de la qualité au sein des services de santé mentale et de lutte contre le VIH :

- > Suivre et évaluer la qualité des services et la mise en œuvre de programmes de réduction de la mortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Intégrer et coordonner, de façon globale, les services, les soins et le soutien de sorte à répondre aux besoins de santé physique et mentale des personnes de tout âge, et favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Superviser et dispenser des formations à l'amélioration de la qualité pour les prestataires de soins de santé qui fournissent des services de santé mentale et de soutien psychosocial.
- > Encourager la prise de décision commune entre les usagers des services et les prestataires.

Renforcer la sensibilisation à la stigmatisation et la discrimination et y mettre un terme de sorte à ne plus limiter l'accès aux services et soins des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, dont les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH :

- > Diffuser des informations sur les troubles mentaux et liés à la consommation de substances et améliorer les comportements du personnel à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Engager des échanges constructifs avec les médias de façon à ne pas stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques, les consommateurs de drogues et les personnes ayant un usage nocif de l'alcool.

Voir également *Santé positive, dignité et prévention : Un cadre d'action* élaboré par le Global Network of People living with HIV (GNP+) et l'ONUSIDA (192), et *Prise en charge des problèmes de santé physique chez les adultes atteints de graves troubles mentaux : Lignes directrices de l'OMS* (190).

Un soutien à l'observance du traitement du VIH et à la rétention des patients, dont un soutien psychologique, doit être mis à disposition de l'ensemble des personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral. Les interventions comprennent des services de conseil par des pairs, d'envoi de messages et de rappels, une thérapie comportementale et cognitive, une formation aux compétences comportementales, une sensibilisation au traitement reçu et une formation à l'observance (7).

Le dépistage ou un examen clinique sont recommandés pour les adolescents et les personnes dont la charge virale n'est pas indétectable, les personnes n'ayant pas un suivi régulier, ou les patients dont le taux de rétention est faible, dans le respect des lignes directrices mhGAP, afin de détecter des troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété, la toxicomanie, l'usage nocif de l'alcool et des problèmes de santé physique concomitants, et de mettre en place un schéma de traitement à des fins de soutien psychosocial (49, 92, 190). (Se référer à l'annexe 3 pour consulter les outils de dépistage.)

Des réunions d'équipe multidisciplinaire proposant notamment un soutien personnalisé par des pairs tenant compte de l'âge du patient peuvent aboutir à une planification de l'observance axée sur la personne (93). Des approches psychologiques telles que la thérapie comportementale et cognitive et l'entrevue motivationnelle peuvent aider les personnes à identifier les difficultés liées au suivi de la prise en charge du VIH et à les surmonter. Les Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, la fourniture de services et le suivi liés au VIH de l'OMS, mises à jour, recommandent vivement de mener des interventions psychosociales pour les adolescents et les jeunes adultes vivant avec le VIH (161, 169).

Tableau 1.

Possibilités de bonnes pratiques pour l'intégration de services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans la fourniture de services de lutte contre le VIH

Directives et recommandations	Niveau	
	Individuel, interpersonnel	Établissement de santé, communauté, gouvernement
Prévention du VIH		
<ul style="list-style-type: none"> > Prévention du VIH par la circoncision médicale volontaire sûre pour les garçons et les hommes adolescents dans les épidémies généralisées de VIH : recommandations et considérations clés, 2020 (164) > Outil de mise en œuvre de l'OMS pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) de l'infection à VIH, 2017 ; (63, 64, 165) > Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique, 2e édition, 2016 ; (7) > Les services de santé adaptés aux adolescents vivant avec le VIH : de la théorie à la pratique (93) > Lignes directrices relatives à la conduite d'interventions de promotion et de prévention auprès des adolescents : aider les adolescents à s'épanouir (9) > Recommandations actualisées sur la prévention du VIH, le diagnostic infantile, une initiation aux antirétroviraux et suivi, 2021 (193) 	<ul style="list-style-type: none"> > Intégrer la prophylaxie pré-exposition et la circoncision masculine médicale volontaire au dépistage et au diagnostic précoce des troubles mentaux, du risque de suicide, de la consommation de drogues et la toxicomanie, et de l'usage nocif de l'alcool > Intégrer des interventions modulables d'aide psychologique individuelles et en groupe pour les troubles mentaux à la fourniture de conseils en matière de prévention du VIH > Donner aux pairs assurant un rôle de soutien, aux groupes de parole et aux interventions mobiles liées à la santé les moyens de réduire la stigmatisation liée au VIH et à la santé mentale > Faire participer les adolescents pairs assurant un soutien, dont les adolescents vivant avec le VIH, aux services de prévention du VIH, de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale et au renforcement des compétences de la vie courante 	<ul style="list-style-type: none"> > Former les prestataires de services de prophylaxie pré-exposition et de circoncision masculine médicale volontaire au diagnostic précoce des troubles mentaux dans le cadre d'un ensemble de services de prévention du VIH et à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, dont la prévention de l'overdose aux opiacés via l'administration de naloxone > Mener des activités de sensibilisation de la communauté visant à modifier les normes et attitudes à l'égard de la prophylaxie pré-exposition, de la circoncision masculine médicale volontaire et des interventions en santé mentale > Apporter un soutien aux activités et interventions visant à autonomiser la communauté de sorte à lutter contre les violences dont sont victimes les populations clés bénéficiant des services de prévention du VIH, souhaitant en bénéficier ou pouvant prétendre à de tels services > Démédicaliser la prophylaxie pré-exposition via la fourniture de services au sein de la communauté > Intégrer les services de conseil en santé mentale aux services proposés aux victimes de violences fondées sur le genre

Directives et recommandations	Niveau	
	Individuel, interpersonnel	Établissement de santé, communauté, gouvernement
	<ul style="list-style-type: none"> > Assurer un diagnostic précoce des troubles mentaux, notamment via un examen visant à détecter la dépression périnatale, et l'intégration d'interventions d'aide psychologique dans les services de prévention de la transmission verticale du VIH et de diagnostic précoce chez les nourrissons 	<ul style="list-style-type: none"> > Développer des services de réduction des risques et de fourniture de traitements dans les établissements proposant aux consommateurs de drogues injectables des services de prévention, notamment des programmes d'échange de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et la prévention de l'overdose aux opiacés via l'administration de naloxone > Garantir la fourniture de la prophylaxie post-exposition > Intégrer des soins pour les victimes de violences fondées sur le genre aux services de lutte contre le VIH > Renforcer la sensibilisation de la communauté à la consommation d'alcool et à ses liens avec l'exposition au VIH, l'observance du traitement et le métabolisme des médicaments antirétroviraux
Dépistage du VIH		
<ul style="list-style-type: none"> > Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie, 2019 (160) > WHO HTS Info app (194) > Services de santé orientés aux adolescents vivant avec le VIH ; de la théorie à la pratique (93) 	<ul style="list-style-type: none"> > Fournir un service de conseil après le dépistage du VIH, notamment un examen visant à détecter des troubles mentaux (dont le risque de suicide, la dépression, l'anxiété), la consommation de drogues et l'usage nocif de l'alcool, et une orientation vers les services compétents 	<ul style="list-style-type: none"> > Fournir des services de dépistage au sein d'établissements et de la communauté, d'orientation par le prestataire, de dépistage s'appuyant sur les réseaux sociaux et d'autodépistage du VIH, le tout accompagné de mises en relation formelles avec des services de santé mentale et de soutien psychosocial > Proposer des doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis dans les services de soins prénatals ainsi qu'une mise en relation formelle avec des services de santé mentale dans le cadre de la prévention de la transmission verticale du VIH > Fournir des services de dépistage du VIH dans des établissements assurant le traitement des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances à l'aide de messages promouvant la génération d'une demande fondée sur des données factuelle, notamment via des interventions de pairs et virtuelles > Former les prestataires de services de lutte contre le VIH au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ainsi qu'à la distribution de naloxone à des fins de prévention de l'overdose aux opiacés > Fournir des services de dépistage du VIH comprenant des examens psychologiques complets, et créer des équipes de soins dans des centres de traitement avec hospitalisation pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances > Fournir des services de dépistage du VIH dans le cadre d'un bilan individuel, et mettre en place des réseaux de traitement du VIH au sein des communautés et pilotés par ces dernières, des services de prise en charge des troubles mentaux, et un soutien aux consommateurs de drogues ou aux personnes ayant un usage nocif de l'alcool au sein des communautés

Directives et recommandations	Niveau	
	Individuel, interpersonnel	Établissement de santé, communauté, gouvernement
Amorce du traitement antirétroviral		
<ul style="list-style-type: none"> > Mise à jour des recommandations sur les régimes du traitement antirétroviral de premier et de second rang, 2019 (62) > Directives consolidées sur la prévention du VIH, le dépistage, le traitement, la fourniture et le suivi des services : recommandations pour une approche de la santé publique, 2021 (169) 	<ul style="list-style-type: none"> > Assurer un dépistage systématique et un diagnostic précoce des troubles mentaux (dont la dépression et le stress) et des troubles liés à la consommation de substances chez les personnes amorçant un traitement antirétroviral, conformément aux normes nationales et au Guide d'intervention mhGAP (49) > Fournir un service de conseil en matière de VIH (comprenant des discussions autour de la stigmatisation, de la discrimination et du ressenti en cas de récent diagnostic d'infection à VIH) et d'orientation vers des services de conseils et de soutien psychosocial > Créer des groupes d'entraide et adopter des approches axées sur la famille, notamment pour les adolescents > Fournir des ordonnances de traitement antirétroviral en tenant compte des troubles mentaux et liés à la consommation de substances concomitantes, de la consommation de drogues et des potentiels effets secondaires des médicaments antirétroviraux 	<ul style="list-style-type: none"> > Former les prestataires de soins du VIH, dont les travailleurs de la santé non professionnels et les pairs conseillers, au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux et liés à la consommation de substances ainsi qu'à la prévention de l'overdose > Promouvoir l'engagement juridique, politique et financier en faveur de l'intégration du traitement du VIH dans les services de santé mentale et de la dépénalisation du VIH et de la consommation de drogues > Mettre en place des activités et interventions d'autonomisation des communautés de sorte à réduire les violences dont sont victimes les populations clés diagnostiquées séropositives au VIH et amorçant leur traitement > Intégrer des services de traitement du VIH, de prise en charge et d'orientation dans des services de santé mentale > Fournir un traitement contre le VIH dans les établissements assurant la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances > Amorcer et maintenir le traitement du VIH dans les établissements de soins où le traitement de substitution aux opiacés est proposé aux personnes vivant avec le VIH
Observance du traitement antirétroviral et suppression de la charge virale		
<ul style="list-style-type: none"> > Directives pour gérer la maladie du VIH avancée et amorçage rapide de la thérapie antirétrovirale, 2017 (183) > Recommandations actualisées sur la fourniture du service pour le traitement et le soin des personnes vivant avec le VIH, 2021 (161) > Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés, 2017 (167) > Services de santé orientés vers les adolescents vivant avec le VIH ; de la théorie à la pratique (93) 	<ul style="list-style-type: none"> > Assurer des interventions psychosociales en plus des services de traitement, d'observation du traitement et de prise en charge du VIH ainsi que des actions de soutien à la rétention afin de renforcer l'observance du traitement du VIH, la rétention des patients et la suppression de la charge virale (par exemple via des pairs conseillers, des SMS de rappel, des thérapies comportementales et cognitives ou une formation aux compétences comportementales) > Assurer un dépistage systématique et un diagnostic précoce des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances lors des visites de suivi du traitement du VIH, notamment pour les personnes dont la charge virale n'est pas durablement indétectable et les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH, conformément à la classification de l'OMS 	<ul style="list-style-type: none"> > Former les prestataires de services de lutte contre le VIH au diagnostic et à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ainsi qu'à la prévention de l'overdose > Créer des services multidisciplinaires axés sur la personne et aider les équipes à répondre aux problèmes d'observance et de rétention des patients (par exemple en engageant un prestataire de services de lutte contre le VIH, un prestataire de services de santé mentale et un travailleur social) > Prendre des mesures visant à créer des services de prise en charge de la santé mentale et du VIH pour les adolescents

Intégration des interventions en matière de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans les ripostes au VIH

Il convient de promouvoir le bien-être mental de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances doivent être prévenus ou traités chez les personnes à risque. La présente section décrit les interventions adéquates à mettre en place au sein des systèmes de santé ainsi qu'au niveau communautaire et personnel.

L'ensemble des programmes, services et interventions sont fournis et conçus en tenant compte du contexte culturel. La culture (qu'il s'agisse de la culture de la pratique médicale ou de la culture des personnes vivant dans une région spécifique, un groupe ethnique ou une communauté religieuse) a un impact sur la compréhension des symptômes et sur la façon dont les individus et les communautés expliquent et interprètent des signes de mauvaise santé physique ou mentale.

La culture peut influencer l'évolution et l'issue des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et conditionne là où et auprès de qui les personnes iront chercher de l'aide, la façon dont elles font face à leurs troubles et la manière dont elles s'adaptent à leur rétablissement. La sensibilisation à la dynamique culturelle permet aux décideurs politiques, aux responsables de la mise en œuvre de programmes et aux prestataires de services de soutien et autres services de concevoir des ripostes concrètes, axées sur la personne et adaptées au contexte local tenant compte des besoins exprimés (195).

Promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale permet de renforcer les compétences individuelles, les ressources et le bien-être mental de tous les individus (tableau 2). Parmi les stratégies adaptées aux personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH, aux personnes atteintes de troubles mentaux, aux populations clés, aux personnes vieillissantes et personnes âgées, et aux individus issus d'autres groupes vulnérables, on peut citer la promotion de et la sensibilisation à la santé physique et mentale (121) et les activités de plaidoyer en faveur de politiques publiques salutaires pour la santé relatives aux déterminants sociaux de la santé (50).

Les interventions suivantes pourraient être menées principalement au sein des communautés et prévoient des services d'orientation vers des organisations communautaires et des secteurs autres que le secteur de la santé (50) :

- > Créer des perspectives d'embauche.
- > Adopter des lois antidiscrimination.
- > Décriminaliser les individus des populations clés.
- > Apporter un soutien aux victimes de violences fondées sur le genre et mettre en place des interventions communautaires visant à prévenir les violences.
- > Créer des environnements favorables via des interventions dans des écoles.
- > Renforcer les actions communautaires en aiguillant les individus vers les ressources disponibles, en renforçant le capital social et en développant des compétences personnelles telles que la résilience.
- > Réorienter les services de santé tels que le diagnostic de la dépression périnatale.

Les interventions structurées fondées sur les actifs qui soutiennent l'autonomisation économique des jeunes et de leurs familles, comme les transferts de fonds, ont des effets positifs sur la santé mentale (196, 197). Le renforcement de l'accès gratuit à l'éducation a des répercussions positives sur la santé mentale et réduit le risque d'infection à VIH des adolescents (198, 199).

Dans le cadre de la fourniture de services de lutte contre le VIH, les politiques et actions communautaires qui promeuvent la santé mentale et le bien-être doivent mettre l'accent sur la décriminalisation du VIH, la réduction de la stigmatisation et la défense des droits de l'homme. En plus de participer à des campagnes de sensibilisation au VIH, l'ensemble de la communauté peut s'employer à assurer la promotion de la santé pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et notamment en ayant recours aux moyens suivants :

- > Campagnes de sensibilisation du grand public à l'importance et à la disponibilité des services de santé mentale et à la nécessité de générer une demande liée à ces services, si nécessaire. Afin d'atteindre les populations clés et vulnérables, des campagnes de sensibilisation ciblées sont plus efficaces, notamment dans des situations de risque élevé et/ou de criminalisation.
- > Stratégies visant à fusionner les campagnes de lutte contre la stigmatisation ciblant les troubles mentaux et le VIH (200).
- > Distribution, au sein d'établissements de santé, de supports de sensibilisation aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et à leurs traitements.
- > Distribution, au sein de services de traitement et prise en charge des troubles mentaux et liés à la consommation de substances, de supports de sensibilisation au VIH (50).
- > Veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux, les consommateurs de drogues et les personnes ayant un usage nocif de l'alcool ainsi que leurs communautés jouent un rôle actif en matière de sensibilisation et de génération de la demande en services et soutien.

Tableau 2.

Activités de promotion de la santé, de fourniture de services et de soutien pouvant être menées au sein de la communauté et des établissements de santé de la communauté

Engagement de discussions sur la santé mentale	Promotion et prévention de la santé mentale	Soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux	Rétablissement et réadaptation
Sensibilisation de la communauté à la santé mentale	Mode de vie sain	Promotion des droits de l'homme	Suivi communautaire
Réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion sociale	Compétences de la vie courante	Diagnostic des troubles mentaux	Soutien professionnel, éducatif et aide au logement
Participation des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs familles	Renforcement des compétences en matière de soins	Engagement et établissement de relations	Reconstruction sociale et mise en réseau
	Prévention du suicide	Fourniture d'interventions psychologiques	Autogestion, auto-prise en charge et soutien des pairs
	Prévention des troubles liés à la consommation de substances et de drogues	Orientation vers de nouveaux soins et services	
	Auto-prise en charge des prestataires communautaires	Soutiens aux aidants et aux familles	

Source : reproduit à partir de la boîte à outils de la communauté mhGAP : version testée sur le terrain. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019.

Prévention

Les interventions préventives peuvent réduire le risque, l'incidence, la prévalence et la récurrence d'un trouble, la durée des symptômes, et l'impact sur la personne concernée ainsi que sa famille et communauté (50).

La prévention des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances commence par la sensibilisation aux premiers signes et symptômes et leur compréhension (49, 201). Les signes et symptômes des troubles les plus fréquents sont présentés dans le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS (49).

Certaines interventions visant à prévenir les troubles mentaux ou le suicide peuvent être menées au sein des communautés, d'établissements proposant des soins de santé primaires ou de structures fournissant des services de lutte contre le VIH via la formation des prestataires de services existants.

Santé mentale périnatale et maternelle

La prise en charge de la santé mentale périnatale et maternelle chez les femmes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter améliore le bien-être maternel et a un impact positif indirect sur la prestation de soins et le développement de l'enfant, dans la mesure où la dépression maternelle s'accompagne d'effets indésirables sur les enfants. Les femmes vivant avec le VIH présentent un risque plus élevé de dépression périnatale que les femmes séronégatives. Le risque de dépression périnatale est plus élevé chez les femmes victimes de violences fondées sur le genre. La dépression périnatale est un facteur favorisant le suicide et est associée à un risque plus élevé de maladies non transmissibles telles que le diabète gestationnel et (chez les femmes vivant avec le VIH) de problèmes d'observance du traitement du VIH et de rétention.

La prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement de la dépression lors de la période périnatale peuvent être intégrés à la prévention de la transmission verticale du VIH ou aux services de soins primaires du VIH (202, 203). L'OMS recommande de mener des interventions psychosociales visant à promouvoir l'intégration de la santé mentale maternelle dans les services de santé et de développement de la petite enfance. De tels services doivent être mis à disposition des femmes vivant avec le VIH ou à risque de contracter le VIH (203, 204). (Voir les annexes 2 et 4.)

Prévention et évaluation du risque suicidaire

Étant donné que les communautés participent de plus en plus à des programmes de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH, notamment en pilotant et fournissant des services et en réduisant la stigmatisation et la discrimination, elles peuvent également participer à la prévention du suicide, au vu des taux élevés de suicide parmi les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH (205–207).

L'OMS a publié des lignes directrices détaillées pour la mise en place d'interventions communautaires de prévention du suicide (205) et pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays (Guide LIVE LIFE) (206). (Voir l'annexe 2.) La prévention du suicide passe par l'examen des personnes à risque et des personnes ayant fait des tentatives de suicide, un suivi des patients et un soutien communautaire. Le Guide d'intervention mhGAP présente les lignes directrices complètes relatives à l'examen, la prise en charge et le suivi des personnes qui se sont automutilées. Les prestataires doivent demander à toute personne âgée d'au moins 10 ans de faire part des pensées ou de l'éventuelle intention de s'automutiler qu'elle a eu au cours du dernier mois et des actes d'automutilation qu'elle s'est infligée au cours de l'année écoulée si elle présente l'un des éléments suivants (49) :

- > Troubles mentaux ou neurologiques prioritaires, tels que la dépression, la psychose, la démence, les troubles mentaux et comportementaux des enfants ou adolescents, l'épilepsie, l'anxiété et les troubles liés au stress.
- > Troubles liés à la consommation de substances.
- > Douleurs chroniques.
- > Détresse émotionnelle aiguë.

Le fait de parler d'automutilation ne pousse pas à commettre des actes d'automutilation. Au contraire, cela permet de réduire l'anxiété associée aux pensées destructrices.

Intégration de la prévention du suicide dans les programmes de réduction des risques communautaires pour les consommateurs de drogues injectables

Selon une étude menée en Inde à New Delhi, les consommateurs de drogues injectables présentent un taux élevé de pensées suicidaires (53 %) et de tentatives de suicides (36 %). Les pensées suicidaires sont associées à une plus forte probabilité d'utiliser des seringues déjà utilisées. Les causes des pensées suicidaires sont le sans-abrisme, des relations familiales ou conjugales sous tension, une mauvaise santé physique, de graves symptômes de dépression ou d'anxiété, le fait d'avoir récemment été victime de violences physiques, et un passé de rapports sexuels forcés (207).

Pour donner au personnel en charge de programmes de réduction des risques et de services de santé au sein d'organisations communautaires les moyens de soutenir la prévention du suicide, il conviendrait de les sensibiliser, de renforcer leurs capacités et de les encourager à faire ce qui suit (207) :

- > Demander aux personnes si elles ont des pensées suicidaires, prendre au sérieux les gestes suicidaires, identifier les signes avant-coureurs et procéder à une évaluation de base du risque suicidaire.
- > Assurer un suivi des personnes à risque et orienter vers un spécialiste, si nécessaire, à des fins d'évaluation et de soutien.
- > Combattre les mythes sur le suicide. Le fait de parler de suicide ne poussera pas une personne à avoir des pensées suicidaires.
- > Donner aux clients les moyens de fournir un soutien par les pairs.
- > Prôner la fourniture de services s'attaquant aux causes psychosociales de la suicidalité, telles que l'accès à un logement salubre et abordable, les opportunités professionnelles et éducatives qui donnent un sens, la réduction des violences et de la discrimination à l'égard des consommateurs de drogues injectables, et les liens familiaux.

Prévention des troubles liés à la consommation de substances

Les interventions préventives peuvent être menées dans des établissements proposant des soins de santé primaires, des structures fournissant des services de lutte contre le VIH et au sein des communautés via la formation des prestataires de services existants. Le dépistage et la brève intervention consistent en des consultations individuelles destinées aux adolescents ou adultes. Ces consultations peuvent comprendre des séances de suivi ou de fourniture d'informations supplémentaires. Les consultations peuvent être assurées par toute une gamme de professionnels de santé et travailleurs sociaux qualifiés à destination de personnes susceptibles d'être à risque du fait de leur consommation de drogues ou d'alcool mais qui ne cherchent pas nécessairement à bénéficier d'un traitement (23).

Les prestataires de soins de santé doivent poser des questions à toutes les femmes enceintes sur leur consommation antérieure et actuelle de drogues et d'alcool, et ce dès que possible au cours de la grossesse et lors de chaque consultation prénatale. Les prestataires de soins de santé doivent proposer une brève intervention à toutes les femmes enceintes consommatrices de drogues ou d'alcool. Les prestataires de soins de santé assurant la prise en charge des femmes enceintes et en post partum consommant des drogues ou présentant des troubles liés à la consommation de substances doivent leur proposer un examen complet et des soins personnalisés (53).

Les femmes enceintes dépendantes des opiacés doivent être encouragées à recevoir un traitement de substitution aux opiacés, lorsqu'un tel traitement est disponible, au lieu de tenter une désintoxication aux opiacés (55).

Les interventions au sein des familles visant à réduire la consommation de drogues et les troubles liés à la consommation de substances comprennent des visites à domicile prénatales et pour l'enfant en bas âge. Ces visites sont assurées par des professionnels de santé qualifiés qui transmettent aux femmes des compétences parentales et leur apportent un soutien sur des questions juridiques, liées à la santé, au logement et à l'emploi. Ces interventions comprennent également des programmes de transmission de compétences parentales à des fins de développement positif, de prévention de la maltraitance infantile et de la violence juvénile, et de soutien à la prise en charge des problèmes comportementaux des enfants et adolescents.

D'autres interventions de prévention des troubles liés à la consommation de substances passent par l'adoption de politiques ou mesures législatives. Les interventions communautaires peuvent donner lieu à une mise en relation avec des services éducatifs, sociaux et des réseaux communautaires. Les interventions de prévention communautaires visant à réduire la consommation de drogues et les troubles liés à la consommation de substances comprennent des interventions scolaires telles que (208) :

- > Programmes d'amélioration de l'environnement scolaire.
- > Politiques scolaires en matière de consommation de drogues et d'alcool.
- > Politiques de lutte contre le décrochage scolaire.
- > Programmes mis en place à l'échelle de l'école afin de renforcer les liens avec l'école et le sentiment d'appartenance.
- > Transmission de compétences personnelles et sociales aux enfants et adolescents.
- > Réduction des vulnérabilités psychologiques individuelles.
- > Éducation de la petite enfance.

Parmi d'autres interventions communautaires, on peut citer (208) :

- > Programmes d'apprentissage émotionnel visant à réduire le risque d'exposition au VIH des adolescents et à prévenir la consommation d'alcool et de drogues, l'automutilation et le suicide (50). (Voir l'annexe 4.)
- > Renforcement des compétences des prestataires de services et des aidants.
- > Interventions psychosociales auprès d'enfants afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogues.
- > Interventions communautaires de prévention du suicide (205).

Tableau 3.

Interventions visant à prévenir les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Trouble	Intervention préventive
Dépression et anxiété des adultes	> Thérapie comportementale et cognitive pour symptômes légers
Problèmes comportementaux des enfants et adolescents	> Interventions psychosociales, notamment sous la forme d'une transmission de compétences de la vie courante à des fins d'apprentissage social et émotionnel > Transmission de compétences parentales > Renforcement des capacités cognitives et comportementales
Usage nocif de l'alcool	> Restriction de la disponibilité de l'alcool > Augmentation des taxes et du prix de l'alcool > Interdiction de la promotion et de la publicité de l'alcool > Étiquettes sur les boissons alcoolisées > Application de la législation relative à l'alcool au volant > Renforcement des connaissances relatives aux méfaits de l'alcool sur la santé
Consommation de drogues	> Interventions auprès des populations conformément aux conventions de 1961, 1971 et 1988 sur les drogues, qui prévoient notamment la restriction de la disponibilité, de la distribution, de la production, de l'exportation et de l'importation > Mise en œuvre des recommandations issues de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue (2016)
Suicide et automutilation	> Restreindre l'accès aux moyens permettant de se suicider tels que les pesticides extrêmement dangereux, les armes à feu et les médicaments > Encourage une couverture médiatique du suicide responsable > Favoriser le développement de compétences socio-émotionnelles de la vie courante chez les jeunes > Mettre en place des services de diagnostic précoce, d'examen, de prise en charge et de suivi de toutes les personnes ayant des comportements suicidaires

Sources :

Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, troisième édition. Washington, DC : Banque mondiale ; 2016.

Normes internationales relatives à la prévention de la consommation de drogues, seconde édition mise à jour. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime ; 2018.

Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010.

Conventions internationales relatives au contrôle des drogues : Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, Convention sur les substances psychotropes de 1971, Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. New York ; Nations Unies ; 2013.

Lignes directrices relatives à la conduite d'interventions de promotion et de prévention auprès des adolescents. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020.

LIVE LIFE: Un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021.

A/RES/S-30/1. Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016.

Interventions et services visant à prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Les outils de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances comprennent des interventions psychosociales et pharmacologiques. Certaines interventions psychosociales sont suffisantes, à elles seules, pour promouvoir le bien-être et la qualité de vie et atténuer la détresse.

Les interventions pharmacologiques peuvent s'avérer nécessaires pour des troubles plus graves. Elles peuvent être menées parallèlement à des interventions psychosociales lorsque cela s'impose et doivent faire l'objet d'un suivi, tout comme la fourniture d'un traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH.

Les outils de dépistage de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances sont décrits à l'annexe 3.

Interventions psychosociales

Les interventions psychosociales constituent des activités, techniques ou stratégies interpersonnelles ou informatives qui ciblent les facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, émotionnels, interpersonnels, sociaux ou environnementaux. Elles visent à réduire les symptômes, à améliorer les fonctions physiques, le bien-être, la qualité de vie et l'inclusion sociale, à sensibiliser les personnes à la santé mentale, et à répondre aux besoins en termes de promotion, de prévention et de traitement de la santé mentale (209, 210).

Les interventions psychosociales peuvent comprendre des psychothérapies (par exemple la thérapie comportementale et cognitive, la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie de résolution de problème), des traitements fournis au sein de la communauté (traitement communautaire dynamique, intervention en cas de premier épisode psychotique), la réinsertion professionnelle, des services de soutien individuel, communautaire et assuré par des pairs, et des interventions de soins intégrées (209).

Les compétences de base en matière de soutien psychosocial sont au cœur de l'ensemble des interventions de soutien en santé mentale et psychosocial. Tous les prestataires de services de soins de santé, de services sociaux et de services de soutien doivent disposer de ces compétences. Le guide du Comité permanent interorganisations destiné aux professionnels de santé mobilisés lors de la crise du Covid-19 fournit des ressources pour le renforcement des compétences (211).

Le *Guide d'intervention mhGAP* présente les interventions psychosociales prévues pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances tout au long de la vie, notamment certaines interventions spécifiques ciblant les troubles dont sont atteints les enfants et les adolescents (49). Les lignes directrices unifiées sur le VIH de l'OMS de 2021 recommandent la mise en place d'interventions psychosociales destinées aux adolescents et jeunes vivant avec le VIH (161, 169). Les *Lignes directrices relatives à la conduite d'interventions de promotion et de prévention auprès des adolescents* fournissent des recommandations spécifiques pour la promotion de la santé mentale et la prise en charge des adolescents (9). Les interventions spécifiques visent à :

- > Sensibiliser les personnes à la santé mentale et la consommation de substances (par exemple la psychoéducation).
- > Réduire le stress et renforcer le soutien psychosocial.
- > Promouvoir les fonctions physiques lors des activités quotidiennes.
- > Répondre aux besoins en matière de promotion, de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien de la santé mentale des adolescents, et notamment des jeunes évoluant dans des situations d'urgence humanitaire, confrontés à une grossesse ou à la parentalité, ayant des problèmes émotionnels et des comportements d'opposition ou perturbateurs.

L'éducation est souvent le meilleur point de départ pour un soutien psychosocial. En voici des exemples :

- > Expliquer que la dépression est un trouble très courant, n'est pas un signe de faiblesse ou de paresse, et ne peut être contrôlée par la seule force de volonté.
- > Fournir des informations de base sur la démence et présenter les possibilités de soutien individuel, familial et communautaire.
- > Expliquer que le VIH est associé à la dépression et à des épisodes maniaques.
- > Indiquer quels médicaments antirétroviraux peuvent provoquer des symptômes de dépression ou avoir des effets sur la santé mentale.
- > Expliquer que les troubles liés à la consommation de substances, dont la toxicomanie, peuvent être traités efficacement, et que les personnes peuvent aller et vont mieux.

Ces techniques peuvent être facilement intégrées à des interventions systématiques de soutien psychosocial menées dans le cadre de programme de lutte contre le VIH et de structures de fourniture de soins, notamment de soins primaires.

Les traitements psychologiques (psychothérapies) constituent des interventions efficaces pour la prise en charge de nombreux troubles mentaux et liés à la consommation de substances (tableau 4). Ces traitements s’inscrivent en général dans la durée et sont fournis par des spécialistes. Afin de renforcer le recours à ces traitements et d’éliminer les obstacles, ces interventions ont été adaptées de sorte à être plus largement menées par des travailleurs non spécialisés, dûment formés et encadrés (49, 212).

Parmi les interventions psychologiques susceptibles d’être reproduites, on peut citer les traitements psychologiques modifiés fondés sur des données factuelles et adaptés aux besoins (par exemple des versions de base abrégées de la thérapie comportementale et cognitive ou de la thérapie interpersonnelle) et des supports d’autoassistance s’inspirant des principes de traitement psychologique fondés sur des données factuelles (par exemple des ouvrages d’autoassistance et des supports audiovisuels, des interventions d’autoassistance en ligne, des programmes d’autoassistance guidés individuels ou en groupe) (212, 213).

Pour des dépressions modérées à aiguës, le *Guide d’intervention mhGAP* précise que les prestataires de soins de santé peuvent choisir des traitements psychologiques tels que l’activation comportementale, la thérapie de résolution de problème, la gestion des problèmes plus, la psychothérapie de groupe, la thérapie comportementale et cognitive ou la psychothérapie interpersonnelle en tant que traitement de première intention (49). Les interventions de groupe basées sur la thérapie comportementale et cognitive se sont révélées particulièrement efficaces pour réduire les symptômes de dépression chez les personnes vivant avec le VIH (214). (Voir l’annexe 2.)

Tableau 4.

Thérapies psychologiques pour les troubles mentaux et liés à la consommation de substances

Intervention	Recommandé en cas de
Activation comportementale	> Dépression
Techniques de relaxation	> Dépression
Thérapie de résolution de problème	> Dépression
Thérapie comportementale et cognitive	> Dépression > Troubles mentaux des enfants et adolescents > Troubles liés à la consommation de substances > Psychoses
Thérapie de gestion des crises	> Troubles liés à la consommation de substances > Psychoses
Consultation ou thérapie familiale	> Dépression
Thérapie interpersonnelle	> Dépression
Entrevue motivationnelle et thérapie de renforcement de la motivation	> Troubles liés à la consommation de substances > Santé mentale et comportementale des enfants et adolescents
Approches thérapeutiques axées sur la famille, notamment les compétences parentales	> Dépression > Anxiété > Stress traumatique
Approche thérapeutique fondée sur des éléments communs	> Dépression > Anxiété > Stress traumatique > Troubles liés à la consommation de substances

Source : Guide d’intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016.

Troubles neurocognitifs

L'infection à VIH est associée à tout un éventail de troubles neurocognitifs (troubles neurocognitifs liés au VIH), dont les déficiences neurocognitives asymptomatiques, les troubles neurocognitifs légers et la démence liée au VIH. Les effets neurocognitifs du VIH peuvent toucher les personnes tout au long de leur vie. Parmi les enfants vivant avec le VIH, 10 à 50 % de ceux qui bénéficient d'un traitement antirétroviral souffrent de déficits cognitifs. Dans les milieux où les nourrissons ne bénéficient pas d'un traitement précoce, le risque d'encéphalopathie progressive liée au VIH subsiste (141).

Le VIH peut accélérer le déclin cognitif associé au vieillissement. L'existence de comorbidités telles que le syndrome métabolique, l'alcoolisme et la toxicomanie, les co-infections (par exemple l'hépatite virale C, la tuberculose, la toxoplasmose) et les maladies non transmissibles (telles que le diabète, l'hypertension) fait augmenter le risque de déficience cognitive (96, 141, 215).

La déficience cognitive peut être associée à la dépression et à la prise de médicaments aux effets secondaires anticholinergiques (c'est-à-dire qui bloquent l'action de l'acétylcholine, un neurotransmetteur) (216).

L'examen et la prise en charge des déficiences cognitives chez les personnes vivant avec le VIH doivent être intégrés aux consultations VIH de routine (215). (Voir l'annexe 3 pour consulter les informations et outils relatifs au dépistage.) La prise en charge des déficiences cognitives liées au VIH commence par l'amorce d'un traitement antirétroviral ou l'optimisation du traitement antirétroviral chez les personnes déjà sous traitement. Parmi les stratégies recommandées, on peut citer la réduction de la consommation d'alcool et de drogues, la prise en charge de la dépression et du stress, le traitement des problèmes de santé concomitants, la promotion de la participation à des activités stimulantes d'un point de vue cognitif, et la remédiation cognitive (142). Les *Lignes directrices relatives à la prise en charge intégrée des personnes âgées* de l'OMS formulent des recommandations fondées sur des données factuelles pour les professionnels de santé afin de prévenir, de ralentir ou d'inverser le déclin des capacités physiques et mentales des personnes âgées (217).

Le *Guide d'intervention mhGAP* présente l'examen et la prise en charge de la démence qui doivent être intégrés aux consultations VIH de routine (49). Les interventions psychosociales pour des troubles neurocognitifs comprennent ce qui suit :

- > Psychoéducation qui peut être dispensée lors de visites à domicile par des infirmières, des pairs ou des agents de santé communautaires bénévoles dûment formés.
- > Encourager les aidants à mener des interventions visant à améliorer le fonctionnement cognitif.
- > Promouvoir l'autonomie, les fonctions physiques et la mobilité.
- > Apporter un soutien aux aidants.
- > Prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques et le fonctionnement cognitif.
- > Identifier et traiter les problèmes de santé sous-jacents, dont le VIH.
- > Identifier et modifier les facteurs qui entraînent des problèmes comportementaux (par exemple si la personne se perd lorsqu'elle se promène seule, faire en sorte que la personne soit accompagnée ou sorte dans des lieux sécurisés).
- > Adapter l'environnement de façon à sécuriser la personne.
- > Fournir régulièrement des informations afin que la personne se rappelle de l'heure, de la date et des noms des individus.
- > Utiliser des journaux, la radio et la télévision afin que la personne soit au courant des événements actuels et afin de stimuler sa mémoire.
- > Communiquer à l'oral de façon claire, utiliser des phrases courtes et écouter attentivement la personne.
- > Garder une routine simple et un cadre familial.

Troubles liés à la consommation de substances

L'efficacité et l'accessibilité des services de réduction des risques, du traitement des troubles liés à la consommation de substances et des interventions destinées aux consommateurs de drogues ou aux personnes ayant un usage nocif de l'alcool peuvent réduire le risque d'infection à VIH et améliorer les résultats cliniques.

Le traitement des troubles liés à la consommation de substances (par exemple le traitement de substitution aux opiacés) est associé à une augmentation de la couverture du traitement du VIH, de l'observance et de la rétention des patients. Les personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone ou de buprénorphine réduisent leur consommation d'héroïne et d'autres drogues et présentent un taux de mortalité plus faible, moins de complications médicales, des taux de transmission du VIH et de l'hépatite virale moins élevés, une baisse de la participation à des activités criminelles, et une amélioration des relations sociales et professionnelles, de la santé et du bien-être (52).

La prise en charge des troubles liés à la consommation de substances est rarement intégrée aux services et soins du VIH et de la tuberculose. L'une des principales difficultés dans les zones pauvres est l'absence de programmes de réduction des risques et de traitement des troubles liés à la consommation de substances.

- > Un traitement de base fondé sur des données factuelles ainsi que des interventions pharmacologiques et psychosociales peuvent être intégrés aux services de lutte contre le VIH (49). Les interventions peuvent comprendre ce qui suit :
 - Dépistage, brèves interventions et orientation vers des traitements.
 - Services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables (notamment programmes d'échange de seringues et traitement de substitution aux opiacés).
 - Prise en charge des intoxications aiguës à des substances et retrait des substances.
 - Prise en charge des troubles mentaux induits par la consommation de substances (par exemple psychose, dépression).
 - Traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone ou de buprénorphine accompagné d'une assistance psychosociale.
 - Prise en charge pharmacologique de la dépendance à d'autres substances.
 - Prise en charge des troubles liés à la consommation d'autres substances (psychostimulants, cannabis, benzodiazépines) et prévention des rechutes.
 - Prévention, diagnostic et prise en charge des overdoses aux substances (y compris via l'utilisation de la naloxone pour les overdoses aux opiacés).
 - Prise en charge du rétablissement et suivi.
- > Les interventions psychosociales comprennent ce qui suit :
 - Thérapie comportementale et cognitive.
 - Gestion des crises.
 - Entrevue motivationnelle et thérapie de renforcement de la motivation.
 - Approches thérapeutiques axées sur la famille.
 - Approches communautaires (par exemple groupes d'entraide, soutien des pairs).

Les services de soins de santé primaires peuvent mener des interventions de base telles que le dépistage, de brèves interventions et l'orientation vers des traitements, et tisser des liens étroits avec des services spécialisés afin d'y orienter les patients.

Parmi les bonnes pratiques, on peut citer la participation des communautés, les réseaux de soutien des pairs et la collaboration de pairs qualifiés avec des services de traitement de sorte à mener des interventions spécifiques visant à identifier et mobiliser les patients et à s'assurer de l'observance de leur traitement contre leur consommation de substances.

Dans certaines zones, des salles d'injection soumises à observation et supervision peuvent prévenir les complications, les overdoses et l'échange de seringues et autres matériels d'injection, contribuant ainsi à la réduction des risques (218). De tels services pourraient être développés dans des zones à forte prévalence du VIH.

L'ONU DC et l'OMS fournissent un aperçu des structures et modalités de traitement dans les *Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues* (52).

Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables

L'ensemble complet d'interventions en matière de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables comprend ce qui suit :

- > Programmes d'échange de seringues.
 - > Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la toxicomanie fondés sur des données factuelles.
 - > Services de dépistage du VIH.
 - > Traitement antirétroviral.
 - > Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles.
 - > Distribution de préservatifs masculins et féminins.
 - > Information, éducation et communication ciblées.
 - > Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale.
 - > Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.
 - > Distribution au sein des communautés de naloxone à des fins de prévention des décès par overdose.
-

Interventions pharmacologiques

Les traitements pharmacologiques des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances peuvent être intégrés aux services de lutte contre le VIH à l'aide du *Guide d'intervention mhGAP* (49). En voici les principes généraux :

- > Prendre en compte les effets secondaires à court et long terme des médicaments administrés, l'efficacité du traitement précédent ainsi que les interactions médicamenteuses et médicaments-maladies.
- > Consulter, si nécessaire, la liste de médicaments nationale ou de l'OMS.
- > Expliquer les risques et bénéfices du traitement, les éventuels effets secondaires, l'importance de l'observance du traitement et indiquer la durée du traitement.
- > Faire preuve de prudence lors de la prescription de médicaments aux personnes âgées, aux personnes atteintes de maladies chroniques (dont le VIH), aux femmes enceintes et allaitantes, et aux enfants et adolescents.
- > Les maladies du système nerveux central causées par l'infection à VIH peuvent entraîner une réaction aux médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques, les stimulants, les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur (219).

La prise en charge psychopharmacologique des troubles neurocognitifs doit être assurée conjointement à des interventions psychosociales. Les antipsychotiques peuvent être administrés, avec prudence, aux personnes souffrant de démence, en commençant par la dose efficace minimale, en cas de risque pour la personne ou leurs aidants (49).

En cas de dépression modérée à grave, les antidépresseurs peuvent être prescrits en tant que traitement de première intention (par exemple les inhibiteurs sélectifs de la recapture

de la sérotonine, les antidépresseurs tricycliques). Les prestataires doivent garder à l'esprit les éventuels effets secondaires, la capacité à proposer un traitement (par exemple l'expertise, la disponibilité du traitement), et les préférences individuelles (49).

Certains médicaments antirétroviraux couramment prescrits à des fins de traitement du VIH peuvent provoquer des effets secondaires neuropsychiatriques. L'éfavirenz a été associé à la toxicité du système nerveux central (par exemple nausées, insomnie, rêves anormaux), à l'anxiété, aux symptômes dépressifs, à la confusion et aux tendances suicidaires. Les facteurs de risque comprennent la dépression de base ou susceptible de s'aggraver et autres troubles mentaux (60, 220, 221). L'éfavirenz 400 mg est mieux toléré que l'éfavirenz à dose standard (62). Des interactions peuvent se produire entre les médicaments antirétroviraux et psychotropes, affectant le métabolisme de ces deux types de médicaments (222, 223). Les lignes directrices unifiées de l'OMS de 2021 recommandent des traitements à base de dolutégravir afin d'éviter les effets secondaires neuropsychiatriques les plus fréquents associés à l'éfavirenz (169).

Le tableau 5 répertorie les interactions entre les médicaments antirétroviraux choisis et les médicaments couramment administrés en cas de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances. Les prestataires doivent assurer un suivi des effets secondaires et savoir qu'une modification des doses des traitements psychopharmacologiques ou qu'un remplacement des médicaments antirétroviraux peuvent s'avérer nécessaires. Pour un examen détaillé des interactions médicamenteuses, consulter l'annexe Web J des *Recommandations mises à jour sur les traitements antirétroviraux de première intention et de deuxième intention et sur la prophylaxie post-exposition et recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson : directives provisoires, ou les interactions médicamenteuses du VIH* (222).

Tableau 5.

Interactions entre les médicaments antirétroviraux et les médicaments couramment administrés en cas de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances^{a,b,c}

Antirétroviraux	Antipsychotiques ^d	Antidépresseurs ^e	Stabilisateurs de l'humeur et anticonvulsants ^f	Traitement de substitution aux opiacés ^g	Autres ^h
Fumarate de ténofovir disoproxil			Lithium		
Lamivudine			Lithium		
Emtricitabine					
Dolutégravir			Carbamazépine Acide valproïque		Millepertuis
Éfavirenz 400	Halopéridol Risperidone Pimozide ⁱ	Bupropion Citalopram Clomipramine Escitalopram Imipramine Mirtazapine Sertraline Trazodone Venlafaxine	Carbamazépine Acide valproïque	Buprénorphine Méthadone	Millepertuis
Abacavir			Carbamazépine	Buprénorphine Méthadone	
Zidovudine	Fluphénazine		Carbamazépine Acide valproïque	Méthadone	
Raltégravir			Carbamazépine Acide valproïque		Millepertuis

Antirétroviraux	Antipsychotiques ^d	Antidépresseurs ^e	Stabilisateurs de l'humeur et anticonvulsants ^f	Traitement de substitution aux opiacés ^g	Autres ^h
Atazanavir	Fluphénazine Halopéridol Pimozide ⁱ Risperidone	Amitriptyline Bupropion Citalopram Clomipramine Doxépin Escitalopram Fluoxétine Imipramine Mirtazapine Nortriptyline Paroxétine Sertraline Trazodone Venlafaxine	Carbamazépine Gabapentin Lithium Acide valproïque	Buprénorphine Méthadone	Millepertuis
Lopinavir	Fluphénazine Halopéridol Pimozide ⁱ Risperidone	Amitriptyline Bupropion Citalopram Clomipramine Doxépin Escitalopram Fluoxétine Imipramine Mirtazapine Nortriptyline Paroxétine Sertraline Trazodone Venlafaxine	Carbamazépine Gabapentin Lithium Acide valproïque	Buprénorphine Méthadone	Millepertuis

^a Les médicaments pouvant avoir des interactions sont indiqués ; s'ils ne sont pas indiqués, aucune interaction n'est à prévoir. Pour de plus amples informations, voir les sources ci-dessous.

^b aucune interaction n'est à prévoir.

 probable interaction —ne doit pas être coadministré.

 éventuelle interaction pouvant nécessiter un suivi étroit et une modification de la posologie ou de la fréquence.

 interaction peu probable.

^c L'objectif de ce tableau est de montrer les interactions médicamenteuses des médicaments fréquemment utilisés dans certains pays. L'inclusion d'un médicament spécifique dans ce tableau ne signifie pas nécessairement qu'il est inclus dans la liste des médicaments psychotropes essentiels de l'OMS ou recommandé dans les lignes directrices mhGAP de l'OMS pour le traitement de la dépression et de la psychose.

^d Antipsychotiques : fluphénazine, halopéridol, pimozide, rispéridone.

^e Antidépresseurs : amitriptyline, bupropion, citalopram, clomipramine, doxépin, escitalopram, fluoxétine, imipramine, mirtazapine, nortriptyline, paroxétine, sertraline, trazodone, venlafaxine.

^f Stabilisateurs de l'humeur et anticonvulsants choisis : carbamazépine, gabapentin, lithium, acide valproïque.

^g Phase de maintenance du traitement de substitution aux agonistes opioïdes : buprénorphine, méthadone.

^h Autres médicaments non approuvés pour le traitement de la dépression ou des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances : Millepertuis.

ⁱ Ces médicaments éliminent ou inhibent l'isoforme CYP3A4 du cytochrome P450, augmentant les taux de pimozide.

Sources :

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH pour les populations clés : mise à jour de 2016. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016.

Lignes directrices sur le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés accompagné d'une assistance psychosociale. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2009.

Annexe Web J : tableau des interactions médicamenteuses avec les médicaments antirétroviraux Dans : Recommandations mises à jour sur les traitements antirétroviraux de première intention et de deuxième intention et sur la prophylaxie post-exposition et recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson : directives provisoires. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018.

HIV drug interactions. Liverpool : université de Liverpool (<https://www.hiv-druginteractions.org/checker>).

Considérations liées aux services intégrés proposés aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Garantir la couverture santé universelle, notamment des services de qualité et une protection contre les risques financiers pour tous, est la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD). La prévention, le traitement et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances doivent être intégrés dans des services accessibles, efficaces et abordables au sein desquels les droits et la dignité de tout un chacun sont respectés (50, 224).

Modèles de services intégrés

L'intégration des services et soins permet d'assurer une prévention, un traitement et une prise en charge fondés sur les droits de l'homme, tenant compte des questions liées au genre et à l'âge, équitables et axés sur la personne pour de multiples troubles. Les services intégrés facilitent la communication et la coordination de la fourniture de services, s'avèrent efficaces et ont un impact positif sur les résultats cliniques, le bien-être et la qualité de vie (5).

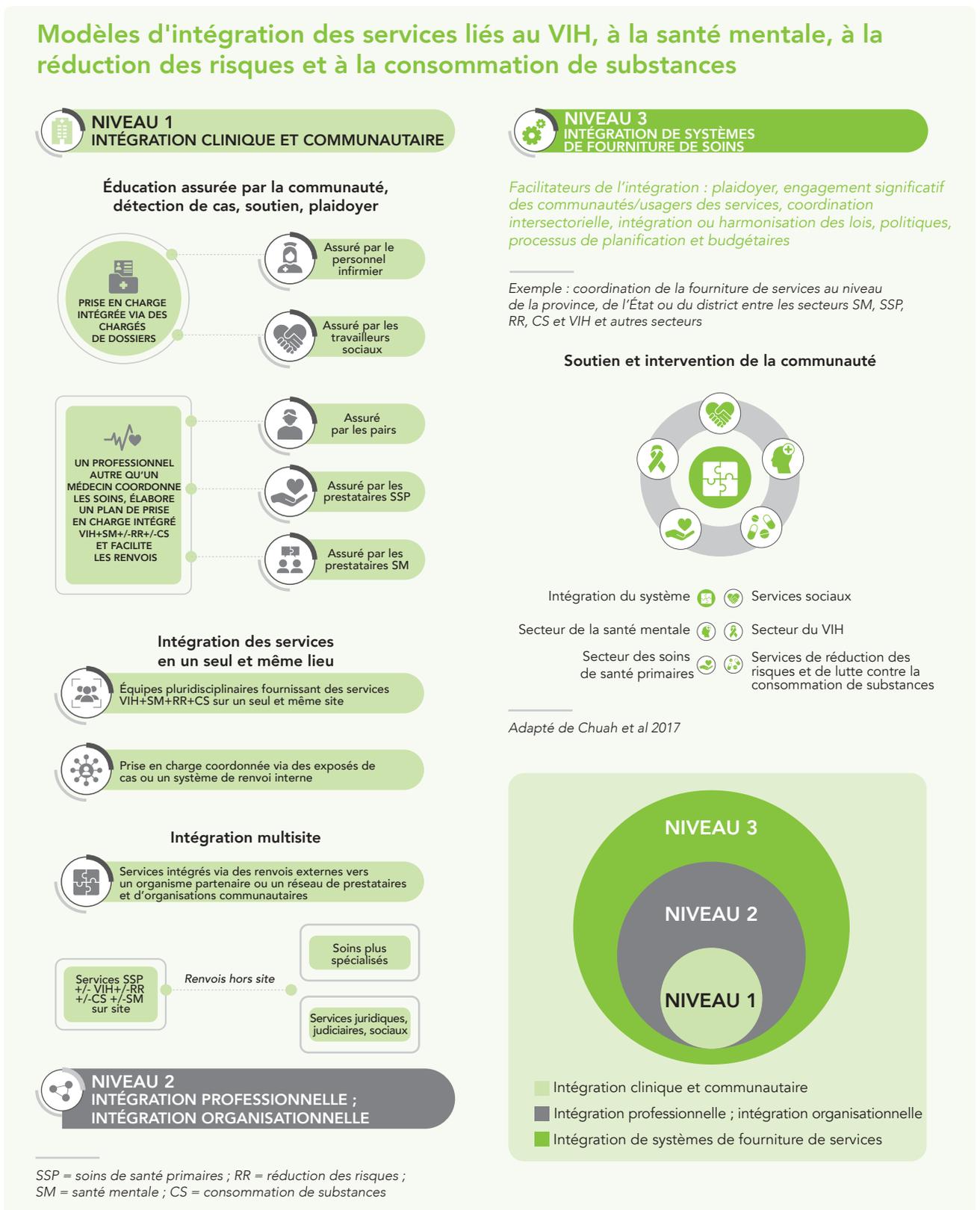
Il existe de nombreux modèles d'intégration pour différents contextes locaux et système de santé. L'intégration peut s'effectuer à différents stades des soins cliniques, notamment lors de la promotion, de la prévention, du dépistage et du diagnostic précoce de troubles, du soutien en cas de facteurs de risques comportementaux, et de la prise en charge des troubles existants (50, 127).

Des liens solides entre les services dédiés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, de réduction des risques, de prévention du VIH, de dépistage, de traitement et de prise en charge, et les mécanismes de soutien (par exemple les services pour les victimes de violences conjugales et autres formes de violences, d'éducation, d'aide au logement, sociaux, juridiques et d'accès à la justice) doivent être établis et maintenus.

Les services de prévention, dépistage, traitement et prise en charge du VIH peuvent être intégrés dans des services spécialisés ou de soins de santé primaires pour les troubles mentaux et liés à la consommation de substances. De même, les services de santé mentale, de réduction des risques et liés à la consommation de substances peuvent être intégrés aux services de lutte contre le VIH.

Figure 2.

Modèles de services intégrés



Il est important que les services intégrés répondent aux besoins des individus issus des populations clés et vulnérables. Cela peut comprendre l'intégration d'un soutien psychosocial et du dépistage des troubles de santé mentale dans des services mobiles de sensibilisation au VIH, et l'intégration de services de santé mentale dans des services dédiés aux violences sexuelles et fondées sur le genre.

Le *Manuel opérationnel mhGAP (50)* et les *Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues (52)* fournissent des directives pour l'adaptation des approches thérapeutiques à des contextes spécifiques et aux besoins des populations.

La figure 1 montre les trois niveaux de prise en charge intégrée : intégration au niveau du système de santé (niveau 3), intégration au sein d'organisations, d'établissements ou de réseaux professionnels (niveau 2), et intégration clinique via le regroupement de services en un seul et même lieu et la coordination de la prise en charge à l'aide d'un responsable des soins (niveau 1). Les niveaux inférieurs sont intégrés aux niveaux supérieurs et interagissent avec ces derniers. Chaque niveau d'intégration nécessite des interventions et activités distinctes mais connexes. Idéalement, il existe une synergie, une interaction et une coordination des activités d'intégration entre et au sein de chaque niveau (127).

Intégration par niveau de ressource

Le modèle équilibré de fourniture de services et soins pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances renseigne sur le niveau de services qui peut être fourni dans des situations différentes selon les ressources disponibles, à savoir la communauté et les services avec ou sans hospitalisation (8, 225). Les programmes de lutte contre le VIH doivent évaluer le niveau des ressources humaines et financières disponibles de sorte à compléter et intégrer des services et ressources pour les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.

Les services intégrés peuvent augmenter l'efficacité et faire baisser le coût des différentes interventions en matière de prise en charge ou de prévention. De nombreuses études sur l'intégration (par exemple sur l'intégration du VIH dans des services de soins de santé primaires assurés en un seul et même lieu) révèlent que cette intégration est faisable et rentable, même si d'autres études et recherches plus nuancées sur la rentabilité de l'intégration des services de lutte contre le VIH, de santé mentale et de toxicomanie doivent être menées (181, 226–230). Ces études doivent être adaptées au contexte et examiner la faisabilité de l'intégration. La mise en œuvre des interventions en matière de santé mentale qui peuvent être intégrées dans des plates-formes communautaires ou des soins de santé primaires est rentable, notamment pour le soutien en groupe. La psychothérapie de groupe utilisée pour traiter la dépression des personnes vivant avec le VIH s'est avérée plus rentable que les séances de sensibilisation au VIH en groupe : les coûts permettant de prévenir une année de dépression s'élèvent à 13 \$ à l'aide de la psychothérapie de groupe et à 26 \$ à l'aide des séances de sensibilisation en groupe (126).

Le renforcement des capacités des prestataires de services communautaires et des prestataires de soins primaires, sous la houlette de structures de supervision, peut étendre la portée des interventions psychologiques et pharmacologiques dédiées aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et à la consommation de drogues (83). Le soutien psychosocial et les interventions psychologiques de faible intensité tels que le programme *Penser sain* (voir l'annexe 2) peuvent être efficacement assurés par des travailleurs de la santé non professionnels ou des pairs formés et encadrés dans des zones où les prestataires de soins de santé mentale se font rares (175, 202, 231). L'étude de cas portant sur le Programme d'intégration de la santé mentale (Mental Health Integration Programme) à l'annexe 4 donne des exemples d'activités et de missions spécifiques menées par une équipe de soins collaboratifs fournissant des soins intégrés en Afrique du Sud.

Le tableau 6 montre les principales activités réalisées par des services de santé mentale et de toxicomanie en fonction des ressources disponibles.

Tableau 6.

Regroupement de services pour les troubles de santé mentale en fonction du niveau de ressources disponibles

Communauté (services fournis dans différents secteurs d'intérêt)	Soins de santé primaires (services fournis par des agents de soins de santé primaires)	Soins de santé secondaires (services fournis par des hôpitaux assurant des soins généraux)	Soins de santé tertiaires (services fournis par des services spécialisés en santé mentale)
Zones à faibles ressources			
<ul style="list-style-type: none"> > Opportunités de base en matière d'emploi et d'inclusion sociale > Interventions communautaires de base visant à promouvoir la compréhension de la santé mentale > Interventions visant à réduire la stigmatisation et à promouvoir la recherche d'aide > Gamme de programmes de prévention du suicide au niveau communautaire (par exemple réduction de l'accès aux pesticides, couverture médiatique responsable au niveau local, interventions dans des écoles) > Programmes d'intervention dédiés à la petite enfance et à la parentalité > Programmes de santé mentale de base menés dans des écoles > Promotion des interventions d'auto-prise en charge > Intégration de la santé mentale dans des programmes communautaires de réinsertion et de développement inclusif > Soins à domicile visant à favoriser l'observance du traitement > Activation des réseaux sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> > Identification des cas > Interventions psychosociales de base fondées sur des données factuelles > Interventions pharmacologiques de base fondées sur des données factuelles > Canaux d'orientation de base vers des soins secondaires > Interventions mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> > Formation, soutien et encadrement du personnel chargé de la fourniture de soins primaires > Cliniques ambulatoires > Soins intensifs des patients hospitalisés dans des hôpitaux assurant des soins généraux > Canaux d'orientation de base vers des soins tertiaires 	<ul style="list-style-type: none"> > Amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques > Initier le déplacement des services de santé mentale avec hospitalisation des hôpitaux psychiatriques vers des hôpitaux assurant des soins généraux > Initier la fermeture des institutions de long séjour et développer des structures communautaires alternatives > Trouver des moyens d'agrèer tous les praticiens traitant des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris dans des établissements de soins informels > Gamme de traitements psychologiques fondés sur des données factuelles > Garantir le respect des conventions relatives aux droits de l'homme > Créer des services de consultation et de liaison en collaboration avec d'autres services de santé et améliorer les soins de santé physique des individus pris en charge par des services de santé mentale
Zones à ressources intermédiaires			
<ul style="list-style-type: none"> > Services communautaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Opportunités coordonnées en matière d'emploi et d'inclusion sociale > Interventions communautaires coordonnées visant à promouvoir la compréhension de la santé mentale > Interventions coordonnées visant à réduire la stigmatisation et à promouvoir la recherche d'aide > Coordination des plans de santé mentale intégrés à l'échelle de la ville et du district > Prise en compte de la santé mentale dans les politiques dans tous les secteurs 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé primaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Couverture géographique équitable des services de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaires > Prise en charge coordonnée et collaborative entre toutes les plates-formes de fourniture de services > Formation complète à la santé mentale du personnel fournissant des soins de santé généraux 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé secondaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Équipes de santé mentale multidisciplinaires, mobiles et communautaires pour les personnes atteintes de graves troubles mentaux > Intégration des soins de santé mentale à d'autres soins de santé secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé tertiaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Consolider le déplacement des services de santé mentale avec hospitalisation des hôpitaux psychiatriques vers des hôpitaux assurant des soins généraux > Gamme de base des services spécialisés ciblés (par exemple enfants et jeunes, adultes plus âgés, milieux judiciaires) > Consolider les services de consultation et de liaison

Communauté (services fournis dans différents secteurs d'intérêt)	Soins de santé primaires (services fournis par des agents de soins de santé primaires)	Soins de santé secondaires (services fournis par des hôpitaux assurant des soins généraux)	Soins de santé tertiaires (services fournis par des services spécialisés en santé mentale)
<ul style="list-style-type: none"> > Gamme de logements indépendants et accompagnés pour les personnes souffrant de troubles mentaux à long terme > Programmes de prévention de la consommation de substances > Gamme de services pour les sans-abris atteints de troubles mentaux et liés à la consommation de substances > Réinsertion communautaire pour les personnes ayant des handicaps psychosociaux 			
Zones à ressources élevées			
<ul style="list-style-type: none"> > Services communautaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Grandes opportunités en matière d'emploi et d'inclusion sociale > Interventions communautaires intensives visant à promouvoir la compréhension de la santé mentale > Interventions intensives visant à réduire la stigmatisation et à promouvoir la recherche d'aide > Gamme complète de logements indépendants et accompagnés pour les personnes souffrant de troubles mentaux à long terme > Gamme de services fondés sur des données factuelles dans des écoles, universités, lieux de travail et autres plates-formes communautaires > Programmes intensifs de prévention de la consommation de substances > Programmes intensifs d'intervention dédiés à la petite enfance et à la parentalité (par exemple transmission de compétences de la vie courante) > Programmes intensifs de prévention du suicide au niveau communautaire (par exemple réduction de l'accès aux moyens permettant de s'automotiler, formation des médias, interventions dans des écoles) 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé primaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Couverture géographique complète des services de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaires > Modèle de soins collaboratifs avec des spécialistes apportant un soutien au personnel fournissant des soins de santé primaires > Interventions mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé secondaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Gamme complète d'interventions psychosociales fondées sur des données factuelles menées par des experts qualifiés > Gamme complète d'interventions pharmacologiques fondées sur des données factuelles 	<ul style="list-style-type: none"> > Services de soins de santé tertiaires tels que fournis dans les zones à faibles ressources > Achever le déplacement des services de santé mentale avec hospitalisation des hôpitaux psychiatriques vers des hôpitaux assurant des soins généraux > Gamme complète de services spécialisés ciblés (par exemple intervention précoce en cas de psychose, enfants et jeunes, adultes plus âgés, milieux judiciaires)

Sources :

Commission Lancet sur la santé mentale dans le monde et le développement durable. Lancet. 2018 ; 392(10 157) : 1553–1598.

Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. Psychol Med. 2013 ; 43(4) : 849–863.

Fourniture de programmes, systèmes et services intégrés

L'intégration de programmes, systèmes, interventions et services nécessite un encadrement et un engagement commun des décideurs politiques, des bailleurs de fonds, des gestionnaires et responsables de la mise en œuvre de programmes liés au VIH, à la santé mentale, aux soins de santé primaires, à la réduction des risques et autres programmes pertinents, des prestataires de services, des managers, de la société civile et des communautés. Leur collaboration doit assurer la fourniture de services fondés sur des données factuelles, respectueux des droits de l'homme, intégrés ou liés, axés sur la personne, adaptés aux besoins, adaptés au contexte local, complets et de qualité, dont la prévention, la détection, le diagnostic et le traitement en temps utile, la prise en charge et le soutien ; l'instauration de cadres politiques, législatifs, budgétaires et organisationnels favorables ; la planification, le financement et la mise en œuvre de programmes conjoints ; la mise en place de systèmes intégrés d'informations en matière de santé et autres systèmes de données ; et la mise en place de systèmes communs de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes.

Dans toutes ces tâches, la pleine participation des communautés concernées, des personnes vivant avec le VIH, des personnes atteintes de troubles mentaux, des consommateurs de drogues ou personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances et autres est fondamentale à des fins de responsabilisation, de plaidoyer, de sensibilisation, de génération d'une demande, de fourniture directe de services et d'un soutien, et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination (50, 52, 120, 128, 232–234).

Les activités présentées dans la présente section peuvent être appliquées aux personnes tout au long de leur vie, à différents modèles ou niveaux d'intégration, et à l'intégration de services et programmes dédiés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans des services et programmes de lutte contre le VIH, et vice versa.

Planification

L'intégration commence par la planification de la mobilisation des ressources, systèmes et personnes afin d'assurer la fourniture de services intégrés ou liés, d'une prise en charge et d'un soutien de qualité au niveau local, régional et national. Une telle planification doit être organisée autour de cinq piliers (69) :

- > L'engagement des parties prenantes et des communautés à participer régulièrement et activement à la planification, la fourniture et l'amélioration de services de qualité, notamment en respectant le principe GIPA.
- > Le soutien sur site des prestataires de services de santé et autres services via un mentorat clinique et programmatique et un soutien au développement des compétences.
- > La mise en place d'un suivi des services, de la prise en charge et du soutien de qualité, assurant la reddition de comptes.
- > Le partage d'expériences et l'apprentissage qui s'en suit à tous les niveaux des services de santé, sociaux, juridiques et autres services pertinents.
- > La gestion visant à s'assurer que les systèmes et structures sont en place afin de réaliser ces actions et la fourniture effective de services.
- > La planification à l'échelle nationale et régionale doit comprendre ce qui suit :
 - > Identifier et faire participer aux processus de planification l'ensemble des parties prenantes et communautés clés, dont les personnes ayant besoin de services (telles que les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les consommateurs de drogues, les personnes ayant un usage nocif de l'alcool, les personnes atteintes de troubles mentaux), les décideurs politiques nationaux et régionaux, les responsables de la mise en œuvre de programmes, les systèmes de soins de santé et autres gestionnaires du secteur (tels qu'en matière de justice, de protection sociale et d'éducation) (120, 235) :
 - Garantir la prise en compte des aspects liés au genre et à l'âge. Donner la priorité aux communautés affectées et aux personnes confrontées à des problématiques, dont les

personnes vivant avec le VIH, les individus issus des populations clés, les consommateurs de drogues, les personnes atteintes de troubles mentaux, et les personnes ayant des handicaps intellectuels et psychosociaux.

- Faciliter les relations de travail entre les départements et ministères responsables des programmes et services de lutte contre le VIH, de réduction des risques, de prise en charge des maladies non transmissibles, de prise en charge des troubles mentaux et liés à la consommation de substances, et des services sociaux, juridiques et d'accès à la justice, et en identifier les interlocuteurs. Officialiser les partenariats via des accords écrits.
 - Déterminer quels décideurs engageront des ressources et conclure des accords de partage des ressources.
 - Identifier les régions qui bénéficieront de la mise en œuvre de programmes, services, soins et interventions intégrés.
- > Déterminer les objectifs, fonctions et ressources des programmes intégrés, de la fourniture de services et du soutien :
- Partager, augmenter ou conserver les ressources pour les services de lutte contre le VIH, de santé mentale, de réduction des risques et autres services et soutien pertinents.
 - Mettre en place des mécanismes à des fins de planification, programmation et mise en œuvre communes.
 - Définir les responsabilités et créer des structures de prise en charge afin de veiller à ce que les processus d'intégration appliquent les principes de services, soins et soutien de qualité.
- > Mener des analyses de situation communes de façon à déterminer les lacunes et besoins existants pour les programmes, services, soins et soutien intégrés avec l'engagement des communautés (50).

La planification à l'échelle locale doit comprendre ce qui suit :

- > Définir les niveaux et modalités d'intégration acceptables pour le programme et la zone concernée.
- > Identifier des programmes, communautés et établissements spécifiques où l'intégration aura lieu, et déterminer comment elle sera mise en œuvre et reproduite.
- > Déterminer les ressources et les capacités, la direction et les modalités d'intégration des systèmes (dans les services de prise en charge du VIH, de santé mentale ou autres, ou dans ces deux types de services).
- > Déterminer si des ressources supplémentaires pour la fourniture de services sont requises pour le suivi et l'évaluation des programmes, le mentorat clinique, l'accompagnement et la supervision, ou si les ressources actuelles des communautés ou établissements (par exemple les prestataires non professionnels, les travailleurs pairs, les cliniciens professionnels) peuvent être équipées de sorte à fournir des services.

Préparation

À ce stade, les parties prenantes clés exécutent les plans qui préparent à la mise en œuvre de services, soins et soutien intégrés, dont la mise en place de systèmes, processus et normes. La préparation à l'échelle nationale et régionale doit comprendre ce qui suit :

- > Créer des groupes de travail techniques aux attributions clairement définies et à la représentation diversifiée, garantissant la participation des communautés affectées, dont les personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes vivant avec le VIH, les adolescents et jeunes adultes, les populations clés et les consommateurs de drogues.
- > Créer un environnement favorable à l'intégration :
 - Supprimer les cadres juridiques discriminatoires qui empêchent l'accès à des services, à une prise en charge et à un soutien de qualité.
 - Créer ou améliorer les chaînes d'approvisionnement et leur gestion des stocks de médicaments et autres produits essentiels à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans le cadre des programmes, interventions, services et soins liés au VIH.

- Créer ou améliorer les chaînes d’approvisionnement et leur gestion des stocks de médicaments et autres produits essentiels au dépistage, au traitement et à la prise en charge du VIH dans le cadre des soins et services neurologiques et de santé mentale, des programmes de réduction des risques, et des soins liés à la consommation de substances.
- Préciser les modalités de la mobilisation des ressources à des fins d’appui durable aux programmes intégrés, à la fourniture de services, aux interventions et au soutien.
- > Faciliter l’établissement de liens et relations de travail entre les communautés et les services de santé, de justice sociale, d’éducation et autres secteurs, programmes et prestataires de services.
- > Mettre en place des protocoles d’orientation entre les structures de fourniture de services de santé et vers et depuis des services ne relevant pas du secteur de la santé, notamment les services sociaux, juridiques, de prévention des violences et d’aide aux victimes.
- > Préparer des politiques, plans stratégiques, plans de mise en œuvre des programmes, directives cliniques et protocoles d’intégration des services, de la prise en charge et du soutien liés au VIH et aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, notamment au niveau communautaire.
- > Élaborer des indicateurs de suivi des programmes, performances et activités.
- > Poser des exigences minimales en matière de services et soins de qualité pour toutes les personnes bénéficiant des services et soins, des exigences spécifiques devant être définies pour les adolescents (68, 69).
- > Faciliter l’établissement de liens et relations de travail entre le programme national de lutte contre les troubles mentaux, les maladies non transmissibles et le VIH/sida, et les divisions ou départements dédiés aux soins de santé primaires du ministère de la santé.
- > Élaborer des plans visant à suivre et évaluer la mise en œuvre et le développement de l’intégration.

La préparation à l’échelle locale doit comprendre ce qui suit :

- > Mettre en œuvre des politiques et des plans stratégiques et de mise en œuvre.
- > Garantir que les responsables de la mise en œuvre de programmes liés au VIH, aux troubles mentaux et autres ainsi que les prestataires de services, de concert avec les communautés, dont les personnes vivant avec le VIH, les personnes atteintes de troubles mentaux, les populations clés, les consommateurs de drogues, les adolescents, les personnes vieillissantes et personnes âgées et autres groupes clés, sont impliqués dans la détermination des moyens d’intégration des services et interventions de prise en charge devant être proposés au sein (entre autres) de dispensaires spécialisés dans le VIH et autres structures de fourniture de services liés au VIH, de structures fournissant des services de prévention de la transmission verticale du VIH, de services de prise en charge et soutien communautaires ou à domicile, et de systèmes de guérison spirituelle ou traditionnelle.
- > Définir des stratégies visant à intégrer les services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans un contexte de fourniture de services et de prise en charge différenciés.
- > Déterminer quels prestataires doivent être engagés et pour quels services et interventions.
- > En fonction du contexte local, former les prestataires de services liés au VIH, les conseillers VIH, les prestataires de services de soutien à l’observance du traitement du VIH et autres types de soutien, les professionnels de santé communautaires, et les prestataires de soins de santé primaires et autres au dépistage, au diagnostic et à la fourniture d’interventions psychosociales ou pharmacologiques, selon leurs rôles et compétences.
- > Former les pairs éducateurs aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, aux services de lutte contre le VIH et aux soins de base.
- > Former les experts en santé mentale et neurologie (psychiatres, neurologues, addictologues, infirmières en psychiatrie, psychologues) et les travailleurs sociaux à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, à l’évaluation des risques, aux interactions médicamenteuses et aux effets du VIH sur le système nerveux central.

- > Renforcer les capacités des guérisseurs traditionnels, guérisseurs par la foi et représentants d'organisations confessionnelles en matière d'intégration des services, de la prise en charge et du soutien, et les faire intervenir dans des services de prise en charge et de soutien collaboratifs, assurés au sein des communautés et pilotés par ces dernières (236).
- > Renforcer les capacités des prestataires de services liés au VIH afin qu'ils puissent travailler avec des personnes ayant des handicaps intellectuels et psychosociaux, qu'ils fournissent des services inclusifs et accessibles, qu'ils élaborent des supports accessibles, qu'ils fournissent des services complets de prévention du VIH, et qu'ils garantissent l'intégration des services de défense des droits en matière de santé sexuelle et reproductive pour les femmes handicapées.
- > Créer des environnements favorables au sein des communautés en mettant en avant les bienfaits de la promotion de la santé mentale, en identifiant les besoins locaux en matière de santé mentale, et en s'appuyant sur les ressources et perspectives disponibles pour mener des activités, programmes et interventions en matière de santé mentale au sein des communautés (121).
- > Veiller à ce que tous les prestataires soient informés de l'exclusion sociale et de la discrimination dont les patients sont victimes et en tiennent compte, et à ce qu'ils soient au fait des manifestations de ces préjudices dans un contexte local.

Fourniture et mise en œuvre

À l'échelle nationale et régionale, des directives cliniques et des protocoles concernant l'intégration des services, de la prise en charge et du soutien doivent être développés et fournis.

À l'échelle locale, les éléments suivants doivent être fournis et mis en œuvre :

- > Sensibilisation des clients et des professionnels de santé travaillant au sein d'établissements ou de communautés à l'importance de l'intégration, de la mise en relation ou du regroupement des services de prise en charge du VIH et des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (50, 128).
- > Fourniture d'un ensemble de services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement et de prise en charge qui répondent aux besoins des populations clés, des adolescents, des personnes vieillissantes et personnes âgées, et des individus issus d'autres groupes vulnérables (68).
- > Coformation collaborative de responsables et prestataires de services, mise en place d'activités de répartition des tâches, supervision constante, mise en œuvre des directives pour l'orientation vers des services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, et mise en œuvre d'un suivi de la qualité des services (49, 128).
- > Formation axée sur les compétences des prestataires de services fournis dans des établissements de santé et autres prestataires de services de sorte à assurer des services de qualité, efficaces, respectueux des droits, non discriminatoires et sans jugement aux personnes vivant avec le VIH, aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, aux populations clés, aux personnes vieillissantes et personnes âgées, aux adolescents et aux individus issus d'autres groupes vulnérables (68).
- > Regroupement en un seul et même lieu des services de prise en charge du VIH et des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, lorsque cela est utile et faisable.
- > Mise en place d'interventions et de services fondés sur des données factuelles pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans des structures assurant la fourniture de soins et de services liés au VIH au sein d'établissements et des communautés.
- > Mise en place d'interventions en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH dans des structures de santé mentale communautaires.
- > Affectation de professionnels de santé communautaires, d'autres travailleurs communautaires, de guérisseurs traditionnels et par la foi, et de pairs à des fins de sensibilisation, de

génération d'une demande en services, de soutien psychosocial, de dépistage et brève intervention, et de mise en place d'interventions psychologiques de faible intensité lorsque des superviseurs disposant des compétences requises sont disponibles.

- > Affectation de pairs à des missions de sensibilisation au sein des communautés des consommateurs de drogues injectables à des fins de mise en relation avec des services de réduction des risques et de traitement de la toxicomanie (52).
- > Adoption d'une approche progressive axée sur les soins dans les services fournissant un accès à des services plus intensifs.
- > Orientation des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et de leurs aidants vers des campagnes de sensibilisation au VIH et des programmes d'apprentissage en matière d'éducation et de traitement du VIH (50).

Au niveau individuel, les éléments suivants doivent être mis en œuvre :

- > Lutte contre la stigmatisation liée au VIH et aux troubles mentaux et liés à la consommation de substances ainsi qu'à la consommation de drogues via des services de conseil en groupe et individuel.
- > Transmission d'informations permettant aux adolescents, aux jeunes et aux individus issus d'autres groupes vulnérables d'avoir une bonne connaissance de leur propre état de santé et de savoir où et quand solliciter des services (68).
- > Fourniture de ressources d'autoassistance afin de soutenir la prise en charge et l'autocontrôle de la santé mentale et de la consommation de substances. (237).
- > Fourniture de supports pédagogiques sur la santé mentale, la prévention, le dépistage, le traitement et la prise en charge du VIH, la consommation de substances et la réduction des risques.
- > Lutte contre la stigmatisation liée au VIH et à la santé mentale des prestataires de soins de santé via l'information, l'éducation, le renforcement des compétences et une modification des politiques et des pratiques (115).
- > Fourniture d'un soutien social via des services directs ou une orientation vers des soins.

Suivi, évaluation et apprentissage

À des fins de suivi et d'évaluation au niveau national et régional, les éléments suivants doivent être mis en place :

- > Politiques, plans et directives précisant les modes d'intégration des programmes, services et interventions, et mécanismes et systèmes de suivi et d'évaluation de leur mise en œuvre.
- > Définition de lignes budgétaires pour l'intégration de programmes et services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et de réduction des risques.
- > Intégration d'informations sur la santé et autres systèmes de données ainsi que d'indicateurs simplifiés afin de mesurer l'accès et le recours à des services intégrés ou liés de prise en charge du VIH et des troubles mentaux et liés à la consommation de substances, et de réduction des risques.
- > Création de groupes de travail fonctionnels axés sur l'intégration de politiques, de programmes et de la fourniture de services, et soutien à et suivi de leur mise en œuvre.

À l'échelle locale, les éléments suivants doivent être mis en place :

- > Enregistrement du nombre ou pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant accès et recourant à des services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et de réduction des risques.
- > Enregistrement du nombre ou pourcentage d'établissements de santé disposant de plans pour, ou du nombre ou pourcentage de professionnels de santé et travailleurs de proximité communautaires intervenant dans, la mise en place d'activités visant à augmenter le recours à des services par les populations clés, les adolescents, les personnes vieillissantes et personnes âgées, et les individus issus d'autres groupes vulnérables.

- > Enregistrement du nombre ou pourcentage de personnes ayant recours à des services de prise en charge des troubles mentaux et liés à la consommation de substances qui bénéficient de moyens de prévention du VIH (dont la prophylaxie pré-exposition), de services de dépistage, de traitement, de soins et d'un suivi de la charge virale.
- > Enregistrement du nombre et pourcentage de personnes atteintes de troubles mentaux ou liés à la consommation de substances vivant avec le VIH.
- > Enregistrement du nombre et pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont on suspecte ou sait qu'ils sont atteints de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Documentation des orientations vers des services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances pour les personnes vivant avec le VIH, et des orientations vers des services de prise en charge du VIH pour les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.

Le suivi et l'évaluation au niveau individuel impliquent de mesurer la satisfaction quant aux services, la qualité de vie, la gravité des symptômes et la réponse apportée aux besoins en soins. Ils peuvent être assurés par les responsables de la mise en œuvre des programmes, les gestionnaires de la prestation de services et les communautés affectées.

Considérations liées au parcours de vie pour l'intégration des services et interventions

Une femme sur quatre, femmes vivant avec le VIH comprises, présentent des symptômes de dépression et d'anxiété au cours de leur grossesse et par la suite. Les troubles mentaux périnataux font augmenter le risque de problèmes de santé chez les femmes et leurs enfants et vont de pair avec un faible taux de rétention dans les services de lutte contre le VIH. Les services prénatals offrent la possibilité d'intégrer les services de santé mentale et de prise en charge du VIH afin de réduire la transmission verticale du VIH et d'assurer des soins de qualité aux femmes enceintes. Les services de prise en charge du VIH, de la santé mentale et de la consommation de substances doivent orienter les femmes enceintes vers des services de prévention combinée du VIH lorsqu'elles présentent un risque élevé d'infection à VIH (3, 238–241).

Les 1000 premiers jours de la vie constituent une période critique pour le développement du cerveau. Lors de cette période, la pauvreté, la malnutrition et les traumatismes peuvent avoir un impact sur le potentiel de croissance et de développement cognitif et mental de l'enfant. Une bonne alimentation est essentielle dans le cadre d'une approche plus globale de soins bienveillants.

Durant l'enfance, une éducation primaire de qualité, un foyer aimant et un soutien parental favorisent le bien-être mental et psychosocial ainsi que le développement cognitif. Pour les nourrissons et jeunes enfants vivant avec le VIH, il est tout particulièrement important qu'ils puissent bénéficier d'un traitement et d'une prise en charge du VIH et que les parents disposent des compétences requises et d'un soutien logistique et financier leur permettant de faire preuve de sensibilité et d'attention et de créer un environnement stimulant (242–244).

Les liens sociaux au sein de la famille, à l'école, avec les pairs et au sein de la communauté peuvent atténuer certaines des menaces à la santé mentale et au bien-être qui s'accumulent lors de l'adolescence. Une bonne santé mentale constitue la base du renforcement du système de défense, notamment chez les adolescentes et jeunes femmes, et de la réduction des comportements sexuels à risque et autres risques et vulnérabilités. Des actions de prévention et d'éducation sexuelle complète, des programmes de changement des comportements et la mise à disposition de la prophylaxie pré-exposition peuvent favoriser encore davantage la réduction des risques.

Des interventions psychosociales axées sur le développement des compétences sociales, émotionnelles et de résolution des problèmes des adolescents ont permis d'améliorer la santé mentale et de réduire les problèmes émotionnels et comportementaux. Cela est particulièrement vrai lorsque les interventions s'accompagnent d'autres activités s'attaquant aux facteurs contextuels présents au sein de la famille, de la communauté et à l'école. Ces interventions apportent des compétences fondamentales pour l'adoption de comportements sains et la réduction des comportements à risque tels que la violence, le harcèlement, et la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. L'engagement des jeunes dans l'action communautaire semble être bénéfique. Les interventions de soutien par les pairs au sein de la communauté destinées aux adolescents vivant avec le VIH peuvent favoriser l'orientation vers des services de prise en charge et l'observance du traitement (198, 245, 246).

Les normes sociales et de genre influencent les facteurs comportementaux qui font peser un risque plus important d'infection à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les relations sexuelles avec des partenaires plus âgés, le fait d'avoir de multiples partenaires, l'exploitation sexuelle, la précocité des relations sexuelles, les mariages d'enfants et forcés, et les rapports sexuels monnayés renforcent le risque d'infection à VIH. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé travaillant dans des établissements assurant une prise en charge du VIH et de la santé mentale et formés afin de trouver une solution à ces problèmes peuvent faciliter l'orientation vers des actions de prévention à l'école, des programmes de communication à des fins de changement sociaux et des comportementaux, et des interventions médicales telles que la prophylaxie pré-exposition. La poursuite de la scolarité des filles s'avère bénéfique du point de vue de la santé mentale et réduit les risques d'infection à VIH (199, 247).

Il reste difficile de parvenir à ce que les hommes de tout âge accèdent à des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Les hommes accèdent aux bénéfices des interventions de prévention, de dépistage et de traitement du VIH dans une moindre mesure que les femmes. Les stratégies ciblées visant à renforcer le dépistage du VIH chez les hommes contribuent à l'éradication de l'épidémie de sida. Un recadrage plus complet de la santé des hommes passe par une modification de la façon dont les systèmes de santé interagissent et dialoguent avec les hommes, et par la reconnaissance que les besoins en soins de santé des hommes restent dans une large mesure insatisfaits, ce qui a des conséquences néfastes sur leur santé. Les normes sociales genrées sont source de comportements nuisibles dès le plus jeune âge. Le fait d'intervenir dès l'adolescence porte ses fruits immédiatement, tout au long de la vie et pour les générations futures (162, 248–250).

Pour l'ensemble des adultes, un régime alimentaire sain et de l'exercice physique aident à rester en bonne santé et contribuent à la santé et au bien-être émotionnels et cognitifs. L'accès à des services de santé mentale et à une prise en charge sur le lieu de travail et au sein de la communauté peut prévenir les handicaps, les absences au travail et les dysfonctionnements familiaux. L'amorce et le maintien du traitement du VIH dans le cadre de services de soins de santé primaires pour les personnes vivant avec le VIH peuvent favoriser la santé et le bien-être. Au-delà du secteur de la santé, les initiatives de réduction de la pauvreté et des lois et politiques protectrices peuvent faciliter l'accès aux soins, à l'alimentation, aux revenus et autres ressources aidant à améliorer le bien-être. L'engagement social et communautaire peut contribuer à la santé, au bien-être et à la qualité de vie (90, 251).

Chez les adultes plus âgés, la préservation de l'activité mentale via l'apprentissage continu, le travail, l'exercice et le maintien de la santé physique améliorent la santé mentale et le bien-être psychosocial. Les personnes vieillissantes vivant avec le VIH sont plus exposées au développement de maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète et la dépression. Les services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge mis à la disposition de ces personnes doivent être intégrés aux services de lutte contre le VIH afin d'améliorer les résultats cliniques, la longévité, le bien-être et la qualité de vie (18, 35).

Répartition des tâches pour la fourniture de services intégrés aux personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Les ressources humaines dédiées à la fourniture de services aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ne sont pas assez nombreuses dans la plupart des régions du monde, mais se font particulièrement rares dans les régions présentant les taux de prévalence du VIH les plus élevés. À l'échelle mondiale, seules 7,1 % des personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances au cours de l'année écoulée ont reçu un traitement adéquat, ce chiffre passant à 1 % dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Des interventions fondées sur des données factuelles peuvent être menées via la répartition des tâches, à savoir une réaffectation rationnelle des tâches liées aux soins de santé aux professionnels de santé ayant bénéficié d'une courte période de formation. Toute une gamme de prestataires, dont les travailleurs de la santé non professionnels, les pairs conseillers et les professionnels de santé communautaires, peuvent assurer des interventions et des services destinés aux personnes atteintes des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances fréquents, notamment une thérapie comportementale et cognitive, une psychothérapie interpersonnelle et une thérapie de résolution de problème (49, 122, 124, 126, 252–266). Voir l'annexe 2 pour consulter les guides consacrés aux interventions fondées sur des données factuelles et l'annexe 3 pour consulter les études de cas relatifs à l'intégration de services et de la prise en charge.

Répartition des tâches pour la fourniture d'un traitement antirétroviral de qualité

Pour tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, l'OMS recommande ce qui suit (169) :

- > Des prestataires non professionnels formés et encadrés peuvent distribuer des traitements antirétroviraux (recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est faible).
 - > Des cliniciens non-médecins, des sages-femmes et des infirmières peuvent amorcer un traitement antirétroviral de première intention (recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).
 - > Des cliniciens non-médecins, des sages-femmes et des infirmières peuvent maintenir un traitement antirétroviral (recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).
 - > Des professionnels de santé communautaires formés et encadrés peuvent prescrire un traitement antirétroviral entre les consultations cliniques de routine (recommandation vivement préconisée, données dont la fiabilité est modérée).
-

Compétences de base en matière de répartition des tâches pour la fourniture de services aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Il est recommandé à tous les prestataires de services de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, dont les professionnels de santé communautaires, les pairs professionnels de santé, les travailleurs non professionnels, les cliniciens non spécialistes et les cliniciens non-prescripteurs, de disposer des compétences suivantes (267, 268) :

- > Dépistage et identification :
 - > Connaître les signes et symptômes courants.
 - > Reconnaître le risque potentiel pour le patient et les autres.
 - > Avoir des connaissances de base relatives aux causes des troubles.
 - > Sensibiliser ou éduquer les patients et les membres de la communauté.
 - > Disposer de compétences culturelles.
 - > Diagnostic formel et orientation :
 - > Savoir quand orienter vers le niveau de soins supérieur.
 - > Connaître des prestataires de soins spécialisés au sein de la communauté.
 - > Traitement et prise en charge :
 - > Apporter un soutien aux patients et aux familles pendant le traitement et la prise en charge.
 - > Identifier et aider les patients et les familles à surmonter les obstacles à la réussite du traitement et au rétablissement (par exemple l'observance, la stigmatisation, le financement, l'accessibilité, le soutien social).
 - > Lancer et participer à des programmes de traitement, de prise en charge et de prévention au sein de la communauté et pilotés par cette dernière.
 - > Connaître et identifier les systèmes et ressources disponibles au sein de la communauté pour le traitement et la prise en charge.
 - > Favoriser le transfert de connaissances en matière de santé mentale, sensibiliser et participer à des activités minimisant l'impact de la stigmatisation et la discrimination.
 - > Communiquer au public sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et la consommation de drogues.
 - > Assurer le suivi de l'observance du traitement, de la rétention et des effets secondaires du traitement médical.
 - > Mettre en place des échanges axés sur la personne avec les individus ayant besoin de services (par exemple communication, création d'un lien).
 - > Protéger les personnes vulnérables et identifier les vulnérabilités telles que les menaces pesant sur les droits de l'homme.
-

Outils numériques liés au VIH et à la santé mentale

Les interventions numériques en matière de santé constituent des outils de plus en plus importants pour étendre la portée des systèmes de santé et peuvent être utilisées dans le cadre d'approches intégrées visant à renforcer la portée des services et de la collecte de données ainsi que la fréquentation desdits services. La pandémie de Covid-19 a accru le recours aux outils numériques et aux réseaux sociaux à des fins de soutien psychosocial et en matière de santé mentale. Une augmentation rapide de l'utilisation de dispositifs mobiles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dans lesquels les services assurés au sein d'établissements et les services spécialisés ont tendance à être moins accessibles, souligne en outre le potentiel du recours aux technologies numériques dans le cadre de services intégrés de santé mentale, psychosociaux et liés au VIH (269).

L'OMS a publié des applications VIH facilitant la consultation et l'accès à des directives, orientations politiques et ressources (270, 271). Il existe plus de 10 000 applications de santé mentale toutes sources confondues. Elles comprennent l'accès à une messagerie en cas de crise, une thérapie comportementale et cognitive présentée sous forme de jeu, des formations en ligne et des ressources permettant le renforcement des capacités des prestataires communautaires. La version 2.0 de l'application rattachée au *Guide d'intervention mhGAP* fournit un accès gratuit à des informations détaillées sur le diagnostic et le traitement de plusieurs troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (49).

Les outils numériques suivants ont été utilisés à des fins de soutien et prise en charge psychosociaux et en matière de santé mentale, tous ces outils n'ayant toutefois pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse (271–273) :

- > Sites de réseautage social disposant d'un contenu lié à la santé mentale.
- > Outils de suivi de la santé personnelle permettant aux individus d'assurer un suivi de leurs objectifs, comportements et état émotionnel.
- > Applications et jeux liés à la santé mentale.
- > Applications dédiées à la méditation et au bien-être mental.
- > Forums de soutien en ligne pour les troubles mentaux et liés à la consommation de substances.
- > Informations et éducation en ligne.
- > Systèmes de données visant à améliorer et gérer la fourniture de services.
- > Évaluation numérique, dont des outils d'évaluation rapide (par exemple utilisation d'algorithmes pour le suivi du risque de suicide ou de troubles mentaux à l'aide des données d'un smartphone ou de brefs questionnaires).
- > Thérapies assurées par des humains, automatisées ou guidées, dont des conseils et informations de base fournis par des agents conversationnels.
- > Formation virtuelle et aide à la prise de décisions cliniques.

Considérations liées au suivi et à l'évaluation de modèles de fourniture de services et de prise en charge intégrés

L'objectif escompté de l'intégration des services et soins pour les personnes atteintes du VIH et de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances est d'optimiser la prise en charge axée sur la personne et fondée sur les besoins de chaque trouble et d'améliorer les facteurs de stress social qui y sont associés, notamment la stigmatisation et la discrimination.

Le suivi et l'évaluation peuvent être assurés à plusieurs niveaux, à l'aide de mécanismes globaux existants tels que les ODD 3.3, 3.4, 3.5 et 3.8, le Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida, l'outil d'évaluation globale de la santé mentale (Global Mental Health Assessment Tool), les objectifs et indicateurs relatifs à la couverture santé universelle, et les cadres de suivi et d'évaluation élaborés à l'échelle locale.

Parmi les ressources permettant de suivre et présenter les progrès réalisés eu égard aux objectifs et cibles mondiaux à l'aide d'indicateurs et de cadres existants, on peut citer ce qui suit :

- > Plan d'action pour la santé mentale 2013–2030 de l'OMS (67).
- > Rapports d'avancement de la lutte contre le sida au niveau mondial, y compris les rapports nationaux, en vertu de la Déclaration politique sur le VIH et le sida (4).¹
- > Système mondial d'information sur l'alcool et la santé utilisé afin de suivre les tendances en matière de santé liées à la consommation d'alcool et aux risques associés (274, 275).
- > Cadre mondial de suivi des MNT qui permet de suivre les progrès réalisés en matière de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (276).
- > *Annexe du rapport mondial sur les drogues* (277) et données de l'ONUDD (278) qui informent le suivi et l'évaluation.
- > Observatoire mondial de la santé pour la consultation de grandes catégories de données, dont des données de suivi des progrès réalisés eu égard à la cible 3.5 de l'ODD sur la santé (279–281).
- > *Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé* de l'OMS qui identifient 10 indicateurs mondiaux et 50 indicateurs nationaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH (282).
- > *Manuel opérationnel mhGAP* qui constitue un cadre pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre clinique pouvant être appliqué au niveau national, régional ou des établissements (50).

Le tableau 7 donne des exemples d'objectifs et d'indicateurs.

¹ Les indicateurs des rapports d'avancement de la lutte contre le sida au niveau mondial sont en cours de mise à jour conformément aux Objectifs 2025 sur le sida et aux engagements de la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021 : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030.

Tableau 7

Objectifs et indicateurs pour le suivi et l'évaluation de modèles de soins intégrés

	Objectif	Indicateur
Planification	<ul style="list-style-type: none"> > Créer une équipe opérationnelle comprenant des dirigeants communautaires afin de superviser l'intégration, la planification et la mise en œuvre d'interventions de prise en charge de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances > Mener une analyse de situation > Élaborer un plan et un budget opérationnels pour l'intégration des services et de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> > L'équipe opérationnelle a été créée, des fonctions ont été attribuées à ses membres et plusieurs parties prenantes y sont représentées > Nombre total de réunions de l'équipe par an > L'analyse de situation a permis d'indiquer les besoins et les ressources disponibles au niveau du district et des établissements > Les services et la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances ainsi que le soutien psychosocial sont intégrés au plan de santé du district et ont été approuvés par le gouvernement > Le budget voté indique les ressources financières, humaines et physiques requises pour l'intégration du soutien psychosocial et en matière de santé mentale, des services de lutte contre la consommation de substances et le VIH, et de la prise en charge au sein du district
Renforcement des capacités et de l'état de préparation du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> > Former le personnel assurant la prise en charge du VIH ou la fourniture de soins de santé primaires au programme mhGAP > Former le personnel assurant la fourniture de soins de santé mentale au traitement et à la prise en charge du VIH > Former le personnel de santé désigné à une prise en charge sans jugement et stigmatisation des populations clés et des populations atteintes de troubles mentaux et liés à la consommation de substances 	<ul style="list-style-type: none"> > Nombre de formateurs et superviseurs ayant participé à la formation au programme mhGAP des formateurs et superviseurs > Pourcentage de prestataires de soins de santé non spécialisés formés au programme mhGAP > Nombre de travailleurs communautaires formés au programme mhGAP et répondant aux normes de compétence prévues dans le programme mhGAP > Pourcentage de prestataires de santé mentale ou non spécialisés formés à la prise en charge et au traitement du VIH > Nombre de formateurs, superviseurs et gestionnaires d'établissements formés à la prise en charge sans jugement et stigmatisation > Pourcentage de prestataires formés à la prise en charge sans jugement et stigmatisation > Nombre de prestataires capables d'assurer une prise en charge sans jugement et stigmatisation
Traitement et prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> > Intégrer le programme mhGAP aux structures de prise en charge du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> > Pourcentage de personnes bénéficiant d'un traitement contre le VIH qui ont été prises en charge pour des troubles mentaux ou liés à la consommation de substances

D'autres outils d'évaluation et d'élaboration des traitements fournis au sein d'établissements de santé contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances peuvent être intégrés à un cadre de suivi et d'évaluation plus large. Par exemple, on peut citer les outils suivants (283, 284) :

- > Outils et interventions intégrés visant à mesurer la charge des troubles mentaux parmi les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, la prévalence et l'incidence du VIH chez les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Intégration d'indicateurs normalisés permettant d'évaluer la mise en œuvre et les résultats.
- > Intégration de systèmes de collecte de données et de suivi.

Lacunes en matière de recherche

Afin d'optimiser les approches et la fourniture de services intégrés, complets et fondés sur des données factuelles de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, il conviendrait de mener de plus amples recherches afin de combler les lacunes en matière de connaissances :

- > Renforcer la base de connaissances relatives aux différents modèles d'intégration des services dédiés au VIH et aux troubles mentaux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, notamment pour les adolescents et les jeunes qui ont peu recours aux services de santé alors qu'ils sont très exposés aux troubles mentaux et au VIH.
- > Renforcer les connaissances relatives aux effets des interventions en matière de santé mentale sur la lutte contre le VIH.
- > Mener une étude sur la fourniture de services intégrés de prise en charge du VIH et des troubles mentaux au sein de différents groupes de population, notamment les femmes, les populations clés, les adolescents et les jeunes, les personnes vieillissantes et les personnes ayant des handicaps, afin de documenter l'impact des modèles de prestations intégrées sur leur statut sérologique, leur santé et leur bien-être.
- > Évaluer les coûts et la rentabilité des différents modèles d'intégration de services dédiés au VIH et aux troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances.
- > Créer une base de connaissances sur l'intégration de la prise en charge des troubles mentaux graves dans les plates-formes de fourniture de services liés au VIH et identifier les meilleures structures pour la prise en charge de ces troubles et d'autres comorbidités.
- > Étudier les possibilités de soutien de la santé mentale dans le cadre de la fourniture de services différenciés.
- > Mener des recherches visant à élargir la base de connaissances relatives aux modèles de supervision pour la répartition des tâches.
- > Concevoir des études permettant d'évaluer l'impact des politiques et de la mobilisation communautaire sur la défense des droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et du VIH.
- > Concevoir des études permettant d'évaluer l'impact de la criminalisation et de la décriminalisation des populations clés sur les troubles mentaux, la consommation de drogues, l'usage nocif de l'alcool, l'accès à des services de prise en charge du VIH, et l'accès à un soutien psychosocial.
- > Renforcer la base de connaissances relatives aux interventions de réduction de la stigmatisation chez les personnes vivant avec le VIH, y compris les interventions en matière de stigmatisation croisée et les interventions politiques, et comprendre les causes de la stigmatisation croisée.
- > Élargir et enrichir la base de connaissances en utilisant plusieurs méthodes de recherche, dont des méthodes de recherche qualitative, afin de comprendre la conception de services axée sur les expériences vécues et l'usager et le soutien assuré par la communauté.
- > Élargir les recherches relatives à la mise en œuvre sur les prestataires et les zones présentant le plus d'intérêt et sur les stratégies de mise en œuvre visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et à garantir le traitement et la prise en charge des troubles liés à la consommation de substances dans les zones à faibles ressources.

- > Élargir la base de connaissances relatives à la prévention des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances et à la promotion du bien-être des personnes vivant avec le VIH tout au long de leur vie.
- > Évaluer la mesure dans laquelle les interventions réduisant l'impact des déterminants sociaux et les inégalités liées à une santé fragile affectent les résultats cliniques de la prise en charge des troubles liés à la consommation de substances, des troubles mentaux et du VIH.
- > Développer l'ensemble d'outils de dépistage validés pour les troubles neurocognitifs et les troubles mentaux chez les personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH ou affectées par le VIH.
- > Définir des directives claires pour l'évaluation des déficiences neurocognitives dans des contextes culturels et sanitaires divers.

Annexes

Annexe 1. Ressources sélectionnées pour soutenir l'intégration de la prise en charge et du traitement du VIH, des troubles mentaux et de la consommation de substances

Instruments, stratégies et plans mondiaux

L'objectif 2030 de couverture santé universelle est tel que suit : « chacun peut avoir recours aux services de santé dont il a besoin, où et quand il en a besoin, sans être exposé à des difficultés financières ». Il préconise le recours à des services intégrés, proposant une réorientation via un renforcement de la coordination, axés sur les besoins individuels et de la communauté, et fournis au sein des structures les plus adaptées.

Conformément à ces objectifs, la proposition audacieuse de mettre fin à l'épidémie de sida envisage les services comme des services axés sur la personne et respectueux des droits, qui s'accompagnent d'une transformation sociale permettant à tous de vivre en disposant de droits civils, culturels, économiques, politiques, sociaux, et en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'intégration de politiques, d'interventions et de services constitue un moyen d'atteindre les cibles des ODD 3.3 (mettre fin à l'épidémie de sida et de tuberculose), 3.4 (réduire le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) et 3.5 (renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances) d'ici à 2030 dans le cadre de la couverture santé universelle (cible 3.8).

Les instruments, stratégies et plans suivants soutiennent la nécessité d'adopter des programmes et des services intégrés de qualité s'adressant à toutes les personnes tout au long de la vie :

- > ONUSIDA Stratégie pour 2016–2021 : Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).
- > Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York : Nations Unies ; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>).
- > A/HRC/29/33. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2015 (<https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrihealthindex.aspx>).
- > Fiche d'information sur la couverture santé universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
- > Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241512343>).
- > The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>).

VIH et sida

- > Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021–2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).
- > Agenda for zero discrimination in health-care settings. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017ZeroDiscriminationHealthCare.pdf).
- > A/Res/70/266. Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>).
- > A/75/L.95. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. New York : Assemblée générales des Nations Unies ; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids).
- > Treizième programme général de travail 2019–2023. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>).
- > Global health sector strategy on HIV 2016–2021: towards ending AIDS Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?sequence=1>).

Santé mentale et droits de l'homme

- > A/HRC/34/32. Santé mentale et droits de l'homme : Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. New York : Conseil des droits de l'homme ; 2018 (<http://undocs.org/A/HRC/34/32>).
- > The right to mental health. New York : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/RightToMentalHealth.aspx>).
- > Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>).
- > Plan d'action pour la santé mentale 2013–2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>).
- > QualityRights materials for training, guidance and transformation. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).
- > Plan d'action mondial de santé publique contre la démence 2017–2025. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>).
- > The digital mental health revolution: Transforming care through innovation and scale-up. Roland J, Lawrance E, Insel T, Christensen H. Doha, Qatar : Sommet mondial sur la santé mentale ; 2020 (<https://2020.wish.org.qa/app/uploads/2020/09/IMPJ7849-03-Digital-Mental-Health-WISH2020-201103-WEB.pdf>).

Consommation de substances

- > A/RES/S-30/L.1. Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/S-30/1>).
- > Ministerial declaration on strengthening our actions at the national, regional and international levels to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime ; 2019 (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf).
- > Conventions internationales relatives au contrôle des drogues. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime (<https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html>).
- > WHA71/41 Rev.2. Progress report by the Director-General to the Seventy-first World Health Assembly on the public health dimension of the world drug problem (decision WHA70(18) (2017)). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_41Rev2-en.pdf).
- > A70/29. Report by the Secretariat to the Seventieth World Health Assembly. Public health dimension of the world drug problem. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_29-en.pdf).
- > Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>).
- > The SAFER initiative: a world free from alcohol related harm. Genève : Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>)

Coût et rentabilité

- > Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, et al. Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis. Dans : Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., éditeurs. Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, troisième édition. Washington, DC : Banque mondiale ; 2016.
- > Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016 ; 3(5):415–424.
- > Mental, neurological, and substance use disorders. Seattle, WA : Disease Control Priorities (<http://dcp-3.org/mentalhealth>).
- > Levin C, Chisholm D. Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. Dans : Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., éditeurs. Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, troisième édition. Washington, DC : Banque mondiale ; 2016.
- > Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020 ; 8(3):e387–e398.

Annexe 2. Lignes directrices, guides d'intervention et autres ressources sélectionnés pour la prévention et le traitement du VIH et des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances

Lignes directrices et ressources liées au VIH

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services: policy brief. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339620>).

Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>).

Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240023581>).

Rapport mondial actualisé sur le sida 2020 : Agissons maintenant - Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>).

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>).

Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/adolescent-friendly-health-services-for-adolescents-living-with-hiv>).

Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>).

Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>).

Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes: HIV treatment and reproductive health. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325859>).

Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325857>).

Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf>).

Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258506>).

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255890>).

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1).

AIDS Free toolkit. Genève : Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/tools/aids-free-toolkit>).

Ressources relatives aux interventions générales pour les troubles mentaux et liés à la consommation de substances

Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>).

QualityRights materials for training, guidance and transformation. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).

mhGAP community toolkit: field test version. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>).

WHO QualityRights self-help recovery tool for mental health and well-being. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>).

WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>).

mhGAP operations manual. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>).

mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0 (for field testing). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259161>).

WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>).

Living with the times: a mental health and psychosocial support toolkit for older adults during the COVID-19 pandemic. Genève : Comité permanent interorganisations ; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/living-times-mental-health-and-psychosocial-support-toolkit-older-adults-during-covid-19-pandemic>).

Troubles liés à la consommation de substances

Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf).

Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; 2017 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_UNESCO_WHO_GoodPolicyAndPracticeInHealthEducation.pdf).

Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime ; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).

International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Genève : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime et Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>).

Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime et Organisation mondiale de la santé ; 2018 (https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_Conviction_or_Punishment_2018.pdf).

International standards for the prevention of drug use. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues et le crime et Organisation mondiale de la santé (https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf).

Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienne : Office des Nations Unies contre les drogues, International Network of People Who Use Drugs, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la santé, et Agence des États-Unis pour le développement international ; 2017 (<https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-Collaborative-interventions.html>).

HIV and young people who inject drugs. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>).

Guidelines on community management of opioid overdose. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137462/9789241548816_eng.pdf?sequence=1).

Guidelines for the identification and management of substance use and alcohol and other substance use disorders in pregnancy. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf;jsessionid=55A4BFE00B525DFBF8D403C6139B29D5?sequence=1).

Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44322>).

The Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf?ua=1).

The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf?ua=1).

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>).

Resources for substance use disorders. Genève : Organisation mondiale de la santé (https://www.who.int/gho/substance_abuse/en/).

Soutien aux troubles mentaux et neurologiques

Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Genève : Comité permanent interorganisations ; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>).

Trauma-informed approach: improving care for people living with HIV curriculum trainer's manual. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration ; 2018 (http://nasmhpd.org/sites/default/files/NCTIC_TIA_TrainersManual_HIV%20Final2.pdf).

Faire ce qui compte en période de stress. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>).

Thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe pour la dépression. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.4>).

Gestion des problèmes plus en groupe (PM+ en groupe) : aide psychologique en groupe pour les adultes en situation de détresse au sein de communautés confrontées à l'adversité. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>).

Gestion des problèmes plus (PM+) : soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>).

Penser sain : un manuel de prise en charge psychosociale de la dépression périnatale. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>).

Neurological disorders: public health challenges. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605>).

Prévention du suicide

Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>).

LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>).

Preventing suicide: a community engagement toolkit. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>).

Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>).

Preventing suicide in jails and prisons. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1).

Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias, mise à jour de 2017. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258814>).

Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène et l'écran. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>).

Annexe 3. Entretiens cliniques structurés, dépistage et prise en charge fondée sur des indicateurs

Les entretiens cliniques structurés constituent la référence absolue pour poser un diagnostic précis des troubles mentaux et liés à la consommation de substances (285). Depuis toujours, ils sont utilisés à des fins de recherche, et le personnel non-clinicien dûment formé à ses entretiens y a souvent recours. Les cliniciens perçoivent de plus en plus l'utilité de ces entretiens dans leur pratique clinique de tous les jours.

Le Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (286) est un bref entretien diagnostique structuré élaboré conjointement par des psychiatres et des cliniciens en Europe et aux États-Unis pour la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et les troubles psychiatriques de la version 10 de la *Classification internationale des maladies* (CIM).

D'une durée d'environ 15 minutes, le MINI a été conçu afin de répondre à la nécessité de se doter d'un entretien psychiatrique structuré bref mais précis pour les essais cliniques et les études épidémiologiques multicentriques et afin d'être utilisé comme première étape du suivi des résultats dans les structures cliniques ne menant pas de recherches (287).

L'entretien clinique structuré du DSM-5 (SCID-5) est un entretien diagnostique structuré permettant de poser des diagnostics DSM-5 (288). Le SCID-5 est organisé en modules de diagnostic. Les personnes y ayant recours peuvent évaluer des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles liés à la consommation de substances, des troubles de l'anxiété, des troubles obsessionnels compulsifs et troubles liés, des troubles de l'alimentation, des troubles à symptomatologie somatique, des troubles du sommeil, des troubles d'extériorisation, et des troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress. Les versions publiées sont destinées aux cliniciens (SCID-CV) et aux essais cliniques (SCID-CT).

Le World Mental Health Composite International Diagnostic Interview de l'OMS (WHO WMH-CIDI) est un entretien diagnostique pouvant être mené par des intervieweurs non professionnels qualifiés. Il intègre des critères de diagnostic des systèmes de classification CIM et DSM. Il a précédemment été utilisé pour des études épidémiologiques et autres études interculturelles (289).

Outils de dépistage basés sur les symptômes

Ces outils permettent aux prestataires de quantifier les symptômes des troubles mentaux et liés à la consommation de substances de façon à assurer un suivi fiable des symptômes au fil du temps (290). Le dépistage doit être effectué uniquement lorsque des services cliniques permettant de réaliser un examen clinique sont disponibles afin de vérifier un diagnostic et d'administrer les soins requis.

Les résultats des outils de dépistage sont particulièrement utiles lorsque les examens cliniques ont été validés au sein des populations dépistées. Plusieurs examens de dépistage sont disponibles, les preuves de leur validation étant fiables voire très fiables dans différents contextes (291), notamment parmi les personnes vivant avec le VIH (292–294).

Dépression et anxiété : Le Questionnaire sur la santé du patient-9 items (Physician Health Questionnaire—9 Items, PHQ-9) (295), l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (296) et l'Échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital-Dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression, HADS-D) (297) peuvent être utilisés dans des structures de fourniture de soins primaires et de prise en charge du VIH afin de faciliter la prise en charge de la dépression fondée sur des indicateurs.

L'HADS se caractérise par le fait qu'elle exclut les symptômes somatiques de dépression et d'anxiété, est ainsi utile pour l'examen des personnes souffrant de problèmes de santé. L'Échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital-Anxiété (Hospital Anxiety and Depression Scale—Anxiety, HADS-A) est une sous-échelle permettant de procéder à l'examen des symptômes d'anxiété.

L'Échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D10D) (298) et son questionnaire abrégé à 10 items (CES-D-10) (299) peuvent également être utilisés comme outils de dépistage de la dépression.

Usage de l'alcool : Le Test d'identification des troubles liés à l'usage de l'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) est un questionnaire de dépistage à 10 items permettant d'identifier les personnes ayant un usage nocif ou dangereux de l'alcool (300).

Consommation de substances, notamment l'alcool, la drogue et le tabac : Le test de dépistage de troubles liés à la consommation d'alcool, de tabac et de substances (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) est un questionnaire à 8 items de 5 à 10 minutes permettant de déterminer un niveau de risque pour certaines substances précises et est utilisé afin d'engager une conversation avec les personnes concernées concernant leur consommation de substances (51).

Troubles neurocognitifs liés au VIH : L'Échelle de démence liée au VIH (International HIV Dementia Scale, IHDS) est un outil de dépistage rapide des troubles neurocognitifs liés au VIH qui évalue la vitesse motrice, la vitesse psychomotrice et la mémoire (301). Elle a été conçue à destination des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, mais de récents examens laissent penser qu'elle n'a pas fait l'objet d'une validation adéquate dans de nombreux pays africains (142). NeuroScreen, une application mobile américaine utilisée en Afrique du Sud, est une piste prometteuse pour le dépistage des troubles neurocognitifs liés au VIH dans différents contextes (142, 302–304).

Annexe 4. Exemples de ressources liées à l'intégration de la prise en charge

Modèle de soins collaboratifs pour la prise en charge des troubles mentaux dans les structures de soins de santé primaire

Le Modèle de soins collaboratifs est une approche fondée sur des données factuelles qui s'appuie sur la répartition des tâches et une équipe de prestataires pour administrer un traitement axé sur la personne aux individus atteints de troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété dans des structures de soins de santé primaires (184).

Ce modèle comprend cinq composants, tous compatibles avec les structures de soins liés au VIH :

- > L'équipe de soins de santé primaires ou de soins liés au VIH fournit des soins médicaux et prescrit, si nécessaire, des traitements médicaux en cas de troubles mentaux.
- > Un responsable de la prise en charge comportementale qualifié apporte un soutien à l'observance, assure des interventions psychologiques (par exemple entrevue motivationnelle, activation comportementale, thérapie de résolution de problème), assure la coordination de la prise en charge des troubles mentaux en consultation, si nécessaire, avec un spécialiste en santé mentale, et assure le suivi du patient tout au long du traitement.
- > Une prise en charge basée sur des indicateurs implique d'utiliser un outil d'évaluation tel que le PHQ-9 afin de mesurer les symptômes lors de chaque visite.
- > Un registre électronique est utilisé pour le suivi des résultats.
- > Un spécialiste en santé mentale donne des instructions au responsable de la prise en charge via un examen régulier des dossiers et peut de temps en temps s'entretenir directement avec les patients si leur état ne s'améliore pas. Le spécialiste peut être basé à proximité ou dans une autre région, selon les ressources humaines locales disponibles.

Le Modèle de soins collaboratifs a été utilisé pour traiter des troubles mentaux et des maladies non transmissibles et a fait ses preuves (305). Il peut être mis en œuvre dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (233). Dans les zones où il a été testé, il s'est avéré être efficace pour les personnes vivant avec le VIH (185).

Programme d'intégration de la santé mentale

Le Programme d'intégration de la santé mentale est un développement à plus grande échelle et fondé sur des données factuelles d'un ensemble de soins intégrés administrés à des personnes atteintes de troubles mentaux fréquents en Afrique du Sud. Il applique le Modèle de soins collaboratifs pour une prise en charge progressive de la santé mentale des personnes vivant avec le VIH dans des structures de soins primaires (235). Le programme montre comment les rôles peuvent être attribués et les capacités renforcées pour l'intégration de la fourniture de soins.

Les infirmières fournissant des soins de santé primaires au sein d'établissements sont au cœur du modèle en tant que chargées des dossiers. Elles sont formées aux soins primaires fournis aux adultes et au renforcement des soins primaires en santé mentale pour adultes afin d'aider à la normalisation du dépistage, du diagnostic, du traitement et de l'orientation. Les infirmières fournissant des soins de santé primaires :

- > Identifient les personnes ayant des problèmes psychosociaux susceptibles d'avoir un impact sur l'observance de leur traitement.

- > Fournissent un soutien psychosocial de base et de brefs conseils.
- > Orientent les personnes bénéficiant du modèle de soins progressifs et collaboratifs en fonction de la gravité des symptômes vers un conseiller non professionnel travaillant au sein d'un établissement et formé pour donner des conseils psychosociaux et liés à l'observance, vers un médecin pour l'amorce d'un traitement contre les troubles mentaux, vers un spécialiste en santé mentale ou vers un service ambulatoire pour un examen et une prise en charge médicale ou psychologique plus poussés.
- > Assurent un suivi des progrès et des réactions au traitement lors de consultations de suivi et orientent, selon les besoins, les personnes bénéficiant du modèle de soins collaboratifs.

Les conseillers non professionnels travaillant au sein d'un établissement fournissent :

- > Une psychoéducation sur site aux troubles psychosociaux tels que la dépression susceptibles d'interférer avec l'observance du traitement.
- > Des services d'orientation des personnes souffrant de troubles chroniques fréquents afin qu'elles bénéficient de conseils plus avisés en matière d'observance, qu'elles comprennent l'importance de la prise de leurs médicaments, les effets secondaires et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer en matière d'observance.
- > Des services d'orientation vers des conseillers psychosociaux assurant des séances individuelles et de groupe afin d'apporter une solution à des problèmes psychosociaux majeurs (par exemple la pauvreté, la stigmatisation, les conflits interpersonnels) susceptibles de déclencher ou de maintenir des symptômes de dépression et d'interférer avec l'observance du traitement.

Les conseillers non professionnels peuvent assurer des consultations auprès de personnes âgées d'au moins 18 ans. Ils ne fournissent pas de conseils à des personnes atteintes de troubles mentaux graves ou ayant des tendances suicidaires, à des couples ou à des victimes de traumatismes tels que le viol ou autres crimes.

Les conseillers en soutien psychologique agréés sont basés au niveau du sous-district et sont placés sous la supervision du psychologue du district. Ils assurent :

- > Une supervision individuelle sur site des conseillers non professionnels.
- > Une supervision en groupe et un soutien émotionnel aux conseillers non professionnels.
- > La fourniture de conseils individuels aux personnes victimes de traumatismes ou dont les dossiers trop complexes ne peuvent être pris en charge par des conseillers non professionnels.

Les médecins fournissant des soins de santé primaires au niveau du district diagnostiquent les troubles mentaux, prescrivent des traitements adaptés aux troubles mentaux, contrôlent les réactions au traitement et adaptent la posologie, et examinent les dossiers complexes ou les cas graves.

Les professionnels de santé communautaires effectuent des visites à domicile et aident à retrouver les personnes ne respectant pas le traitement et à faire en sorte qu'elles reprennent leur traitement, assurent la détection des cas au sein de la communauté, et orientent vers les services adaptés.

Consultation en groupe interactive pour les femmes vivant avec le VIH en matière de dépression périnatale et de divulgation de leur statut sérologique

Les femmes enceintes vivant avec le VIH fréquentant des dispensaires prénatals rattachés à des hôpitaux à Dar es Salam en Tanzanie ont été invitées à participer à une étude sur une intervention psychosociale en groupe adoptant une approche thérapeutique de résolution de problème. L'intervention psychosociale menée à titre expérimentale dont ont bénéficié les femmes s'est déroulée sous la forme de six séances de consultation en groupe, structurées et hebdomadaires. Ces séances étaient animées par une sage-femme. Elles abordaient les défis liés au fait de vivre avec le VIH et informaient sur la transmission verticale du VIH,

les approches en matière de prévention, les systèmes de soutien, les pratiques sexuelles à moindre risque, l'impact du VIH sur la santé, et prenaient la forme de discussions sur la divulgation du statut sérologique aux partenaires, à la famille et aux amis (174).

Les femmes participant à l'intervention expérimentale ont bénéficié de services de dépistage et conseil volontaires avant et après le dépistage. Leurs symptômes de dépression ont quelque peu diminué et elles se sont dites globalement plus satisfaites de la réaction à la divulgation de leur statut sérologique. Quant au taux de divulgation, il n'y a pas eu de grands changements.

SEEK-GSP

Le programme d'Autonomisation sociale, émotionnelle et économique via l'acquisition de connaissances sur la psychothérapie de groupe (SEEK-GSP, Social, Emotional and Economic Empowerment through Knowledge of Group Support Psychotherapy) vise à combler le retard en matière de traitement de la dépression des hommes et femmes vivant avec le VIH. La psychothérapie de groupe traite la dépression en renforçant le soutien émotionnel et social ainsi que les capacités de mise en œuvre de mécanismes d'adaptation positifs et de génération de revenus (306).

Les professionnels de soins de santé primaires qui travaillent dans des centres de santé sont formés. Ils forment ensuite les travailleurs de la santé non professionnels à l'identification de personnes souffrant de dépression et à leur traitement via des séances de psychothérapie de groupe hebdomadaires organisées dans huit villages, ces séances durant de deux à trois heures.

Le programme a été développé avec succès et a été intégré dans des soins liés au VIH au sein de communautés rurales de trois districts du nord de l'Ouganda. À la différence d'études préalables menées sur des psychothérapies de groupe pour le traitement de la dépression, on a été observé un niveau élevé d'engagement, 80 % des participants ayant assisté à l'ensemble des huit séances.

L'évaluation du programme montre que la psychothérapie de groupe :

- > Est efficace pour le traitement de dépressions légères à modérées. Presque tous les participants se sont rétablis dans les 6 mois, sans rechute dans les 12 mois suivants, un impact plus important ayant été observé chez les hommes que chez les femmes.
- > Diminue les symptômes de stress traumatique, la consommation d'alcool et la stigmatisation liée au VIH, et favorise le soutien social, l'estime de soi, l'observance du traitement antirétroviral et la suppression de la charge virale.
- > Est plus rentable qu'une sensibilisation au VIH en groupe.

Let's Talk

Let's Talk (Discutons) est une intervention de 14 semaines proposée sous la forme d'un groupe de soutien aux adolescents âgés d'au moins 13 ans et à leurs aidants (307). Le programme, axé sur une approche structurée, comprend un ensemble d'activités systématiques menées dans le cadre de séances de deux heures, consistant en un rituel d'ouverture, une discussion sur les devoirs effectués à la maison à l'issue de la séance précédente, et de trois à cinq exercices interactifs. Les séances s'achèvent sur une discussion autour des enseignements tirés, la fourniture de devoirs à faire à la maison, un rituel de clôture et un tirage au sort visant à encourager la participation continue.

Le programme, mis en œuvre en Afrique du Sud, vise à renforcer les connaissances sur le VIH et les compétences comportementales tout en apportant un soutien aux aidants et à la santé mentale des adolescents, et à améliorer les relations et les pratiques parentales.

Parmi les principales conclusions de l'étude pilote, on peut citer ce qui suit (308) :

- > Les adolescents en ont appris davantage sur la transmission du VIH, les préservatifs, et sont plus à même de négocier l'utilisation de ces derniers.
- > Les adolescents présentent des niveaux de dépression et d'anxiété inférieurs.

- > Les adolescents ont renforcé les liens qu'ils entretiennent avec leurs aidants et ont davantage communiqué avec eux sur les pratiques sexuelles saines.
- > Les connaissances des aidants eu égard à la transmission du VIH ont été renforcées.
- > Les aidants présentent des niveaux de dépression et d'anxiété inférieurs.
- > Les adolescents ont accru leur capacité à faire face à leurs émotions et à les exprimer, à résoudre des problèmes et à communiquer efficacement. Ils ont fait part d'une amélioration de leurs relations avec leurs aidants, caractérisée notamment par une diminution des réactions punitives de ces derniers.

READY+

Le modèle de renforcement de la résilience et de l'autonomisation des adolescents et des jeunes (READY+, Resilient, Empowered Adolescents and Young People), implanté en Eswatini, au Mozambique, en Tanzanie et au Zimbabwe, est axé sur la création d'un environnement favorable à l'observance des traitements et au soutien psychosocial des adolescents et jeunes vivant avec le VIH, notamment par le biais d'interventions à différents niveaux : au niveau individuel, du domicile, de la communauté et des établissements (309).

Le programme renforce l'accès à une prise en charge et un soutien holistiques, notamment en matière de droits de santé sexuelle et reproductive et de santé mentale.

Les Soutiens au traitement des adolescents de la communauté (CATS, Community Adolescent Treatment Supporters) sont au cœur des interventions. Ils fournissent des informations, des conseils et un soutien psychosocial aux autres enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH via des visites à domicile, une présence au sein des dispensaires spécialisés dans le VIH, des services de santé mentale et des groupes de soutien.

La promotion de la santé mentale est assurée via des services de conseil fournis par les CATS et des chefs de groupes de soutien formés et via des services destinés aux adolescents au sein des dispensaires. La santé mentale fait régulièrement l'objet d'un examen. Les personnes exposées aux troubles mentaux sont mises en relation avec des services à des fins d'examen, de diagnostic et de traitement. Un soutien continu à la fourniture de conseils, au traitement et à l'observance est assuré à domicile et au sein des dispensaires.

Friendship Bench

Le Banc de l'amitié (Friendship Bench) est une intervention fondée sur des données factuelles développée au Zimbabwe afin d'élargir l'accès à la prise en charge des troubles mentaux. Le Banc de l'amitié vise à renforcer le bien-être mental et à améliorer la qualité de vie via le recours à la thérapie de résolution de problème assurée par des travailleurs de la santé non professionnels formés. Cette intervention se concentre sur les personnes atteintes de troubles mentaux tels que l'anxiété et la dépression. Elle a recours à une approche thérapeutique comportementale et cognitive. Les travailleurs de la santé non professionnels sont désignés sous le nom de « grands-mères » ; il s'agit de bénévoles communautaires formés qui fournissent des conseils sur des bancs en bois situés dans l'enceinte d'un dispensaire à l'abri des regards (310, 311).

Le Banc de l'amitié est mis en œuvre dans des structures fournissant des soins de santé primaires. Environ 80 % des participants sont des personnes vivant avec le VIH, un grand nombre d'entre eux présentant des symptômes de troubles mentaux courants et liés à un stress traumatique. La thérapie de résolution de problème assurée par les travailleurs de la santé non professionnels du Banc de l'amitié permet de réduire les symptômes de troubles mentaux courants. Les jeunes adultes bénéficiant de l'intervention notent des améliorations dans l'observance de leur traitement et une plus grande acceptation de leur statut sérologique.

Un projet baptisé « Banc de l'amitié des jeunes » (Youth Friendship Bench ou YouFB) s'inspire des mêmes concepts de base mais se concentre sur les besoins de jeunes âgés de 16 à 19 ans. Il fait appel à des conseillers répondant au nom de « potes » qui sont des étudiants. Le projet YouFB mène des interventions dans des écoles, d'autres milieux communautaires et des dispensaires. Ses services visent à venir en aide aux adolescents fortement exposés aux troubles mentaux (par exemple les jeunes femmes enceintes, les jeunes délinquants).

Annexe 5. Réduction de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des personnes atteintes de troubles mentaux

La stigmatisation sociale des personnes séropositives, des populations clés, des personnes souffrant de troubles mentaux et des individus issus d'autres groupes vulnérables se manifeste à plusieurs niveaux. La stigmatisation peut survenir au niveau intrapersonnel, interpersonnel, communautaire, organisationnel ou structurel (312, 313). Les stratégies visant à réduire la stigmatisation peuvent être plus efficaces lorsqu'elles ciblent ces différents niveaux, même si la base de connaissances disponible pour les stratégies de réduction de la stigmatisation est plus importante pour les niveaux intrapersonnel et interpersonnel. Ces stratégies comprennent des séances de sensibilisation à la population stigmatisée organisées sous plusieurs formats, des contacts avec des personnes ayant une expérience en matière de stigmatisation du trouble en question (par exemple le VIH, la consommation de drogues, les troubles mentaux), l'acquisition de compétences d'adaptation ou autres, un soutien social, et la résolution de drames ou problèmes vécus.

Tableau 8.

Approches des interventions de réduction de la stigmatisation

Niveau de stigmatisation	Axe et stratégies de l'intervention
Intrapersonnel (autostigmatisation)	<ul style="list-style-type: none"> > Autoassistance > Conseils > Traitement du trouble stigmatisé
Interpersonnel	<ul style="list-style-type: none"> > Renforcer la prise en charge et le soutien social
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> > Réduire les attitudes et comportements stigmatisants au sein de la communauté via l'éducation, la sensibilisation, le marketing social, les contacts, les plaidoyers, et une collaboration avec les médias de sorte à réduire la reproduction des attitudes stigmatisantes
Organisationnel, institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> > Mettre en place des programmes de formation et des politiques institutionnelles
Gouvernemental, structurel	<ul style="list-style-type: none"> > Créer des structures juridiques, politiques et basées sur les droits

Le Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, créé en 2018, s'engage à agir en faveur de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six domaines : les soins de santé, l'éducation, le lieu de travail, les systèmes juridiques et judiciaires, les communautés et les familles, et les situations d'urgence et de crise humanitaire (314).

Les stratégies prometteuses visant à réduire la stigmatisation dans les structures de soins de santé comprennent ce qui suit (115, 315, 316) :

- > Fournir des informations sur la stigmatisation liée à un trouble et ses effets.
- > Doter les prestataires de compétences telles que des compétences culturelles pour ainsi travailler avec des personnes issues du groupe stigmatisé.
- > Encourager l'apprentissage participatif en faisant participer activement les prestataires de santé et les patients (si possible conjointement) à une intervention.
- > Encourager les membres d'un groupe stigmatisé à participer à la mise en place d'une intervention visant à modifier les attitudes des prestataires de soins de santé (par exemple en développant l'empathie, en luttant contre les idées préconçues).
- > Doter les personnes de mécanismes d'adaptation de sorte à surmonter la stigmatisation dans les structures de soins de santé.
- > Modifier les politiques discriminantes en fournissant des supports cliniques et en restructurant les établissements.
- > Impliquer les personnes vivant avec le VIH, les personnes atteintes de troubles mentaux, les consommateurs de drogues et les personnes dépendantes aux drogues ou à l'alcool à la planification des services afin de sensibiliser les établissements de santé à leurs besoins.

Des activités visant à améliorer les attitudes de la communauté à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (telles que les campagnes de lutte contre la stigmatisation) peuvent être menées. Ces activités doivent être planifiées et mises en œuvre avec la participation des usagers des services, des aidants et de l'ensemble de la communauté et doivent prévoir des contacts sociaux directs et positifs avec les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances (317).

Références

- 1 WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>).
- 2 Sixty-ninth World Health Assembly. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf).
- 3 End inequalities. End AIDS. Global AIDS strategy 2021–2026. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).
- 4 A/75/L.95. Political Declaration on HIV and AIDS: ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. New York: United Nations General Assembly; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids).
- 5 Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>).
- 6 Operations manual for the delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44015/9789241597432_eng.pdf).
- 7 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>).
- 8 Patel V, Shekhar SS, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10 157):1553–1598.
- 9 Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>).
- 10 Yotebieng M, Brazier E, Addison D, et al. Research priorities to inform “Treat All” policy implementation for people living with HIV in sub-Saharan Africa: a consensus statement from the International Epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA). *J Int AIDS Soc*. 2019;22(1):e25218.
- 11 UNAIDS/PCB (43)/CRP2. Thematic segment: mental health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving ART Adherence, well-being and quality of life. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Programme Coordinating Board; 11–13 December 2018.
- 12 Ayuso-Mateos JL, Montanes F, Lastra I, et al. HIV infection in psychiatric patients: an unlinked anonymous study. *Br J Psychiatry*. 1997;170:181–185.
- 13 Beckford Jarrett S, De La Haye W, Miller Z, et al. High prevalence of psychiatric and substance use disorders among persons seeking treatment for HIV and other STIs in Jamaica: a short report. *AIDS Care*. 2018;30(5):604–608.
- 14 Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721–728.
- 15 Collins PY, Holman A, Freeman M, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*. 2006;20(12):1571–1582.
- 16 Duko B, Ayalew M, Ayano G. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2019;14(1):52.

- 17 Kinyanda E, Hoskins S, Nakku J, et al. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*. 2011;11:205.
- 18 Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S5–S20.
- 19 Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, et al. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411–1420.
- 20 Shadloo B, Amin-Esmaeili M, Motevalian A, et al. Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in Iran: prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *J Psychosom Res*. 2018;110:24–31.
- 21 Cook JA, Burke-Miller JK, Steigman PJ, et al. Prevalence, comorbidity, and correlates of psychiatric and substance use disorders and associations with HIV risk behaviors in a multisite cohort of women living with HIV. *AIDS Behav*. 2018;22(10):3141–3154.
- 22 Hartzler B, Dombrowski JC, Crane HM, et al. Prevalence and predictors of substance use disorders among HIV care enrollees in the United States. *AIDS Behav*. 2017;21(4):1138–1148.
- 23 GBD results tool. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>).
- 24 Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl. 3):21–497.
- 25 Ruffieux Y, Lemsalu L, Aebi-Popp K, et al. Mortality from suicide among people living with HIV and the general Swiss population: 1988–2017. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(8):e25339-e.
- 26 Brown LE, Majeed I, Mu W, et al. Suicide risk among persons living with HIV. *AIDS Care*. 2020;3:1–7.
- 27 Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry*. 2021;34:e100247.
- 28 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities: a systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):367–385.
- 29 Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, et al. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871–881.
- 30 Information sheet: mental health and prisons.. Geneva: World Health Organization and International Committee of the Red Cross (https://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf).
- 31 Ream GL. What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? Findings From the National Violent Death Reporting System. *J Adolesc Health*. 2019;64(5):602–607.
- 32 National survey on LGBTQ youth mental health 2020. West Hollywood, CA: The Trevor Project; 2020 (<https://www.thetrevorproject.org/survey-2020/?section=Suicide-Mental-Health>).
- 33 AIDSinfo 2020. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<http://aidsinfo.unaids.org/>).
- 34 Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: estimates and projections for 2000–2020. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207005.
- 35 Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and ageing: improving quantity and quality of life. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):527–536.
- 36 Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25722.
- 37 Remien RH, Patel V, Chibanda D, Abass MA. Integrating mental health into HIV prevention and care: a call to action. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25748.
- 38 Collins PY, Velloza J, Concepcion T, et al. Intervening for HIV prevention and mental health: a review of global literature. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(S2):e25710.

- 39 Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, et al. Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities*, third edition. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 40 Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for people who inject drugs: community voices on pros, cons, and concerns. London: International Network of People who Use Drugs (<https://www.inpud.net/en/pages/pre-exposure-prophylaxis-people-who-inject-drugs-community-voices-pros-cons-and-concerns>).
- 41 UNAIDS/PCB(47)/2028. Mental health and HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Programme Coordinating Board; 15–18 December 2020.
- 42 Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. New York: United Nations; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf).
- 43 Mental Health and COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>).
- 44 Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020;113(10):707–712.
- 45 Ahmida MZ, Ahmed O, Aibao Z, et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatry*. 2020;51:102092.
- 46 The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
- 47 World Health Assembly recommends reinforcement of measures to protect mental health during public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/31-05-2021-world-health-assembly-recommends-reinforcement-of-measures-to-protect-mental-health-during-public-health-emergencies>).
- 48 Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–424.
- 49 mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>).
- 50 mhGAP operations manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>).
- 51 Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>).
- 52 International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>).
- 53 International standards on drug use prevention: second updated edition. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2018 (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- 54 Abdala N, White E, Toussova OV, et al. Comparing sexual risks and patterns of alcohol and drug use between injection drug users (IDUs) and non-IDUs who report sexual partnerships with IDUs in St. Petersburg, Russia. *BMC Publ Health*. 2010;10:676.
- 55 Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>).
- 56 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>).
- 57 Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>).

- 58 Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2017 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_UNESCO_WHO_GoodPolicyAndPracticeInHealthEducation.pdf).
- 59 HIV and young people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>).
- 60 Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines—supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277395>).
- 61 Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>).
- 62 Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf>).
- 63 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 3—counsellors. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258517>).
- 64 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 2—community educators and advocates. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258507>).
- 65 What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration/>).
- 66 WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>).
- 67 Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>).
- 68 Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>).
- 69 Quality health services: a planning guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>).
- 70 UNAIDS 2016–2021 strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).
- 71 Policy brief: the Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA) Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_en_0.pdf).
- 72 Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf).
- 73 Social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
- 74 Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf).
- 75 Logie CH, Wang Y, Lacombe-Duncan A, et al. Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21–422.
- 76 Kapungu C, Petroni S. Understanding and tackling the gendered drivers of poor adolescent mental health. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2017 (<https://www.icrw.org/publications/understanding-tackling-gendered-drivers-poor-adolescent-mental-health/>).

- 77 Kapungu C, Petroni S, Allen NB, et al. Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(2):85–86.
- 78 Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).
- 79 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10 258):1204–1222.
- 80 Strategic plan to advance research on the health and well-being of sexual and gender minorities: fiscal years 2021–2025. Bethesda, MD: National Institutes of Health Sexual and Gender Minority Research Office; 2020 (https://dpcpsi.nih.gov/sites/default/files/SGMStrategicPlan_2021_2025.pdf).
- 81 Waldron EM, Burnett-Zeigler I, Wee V, et al. Mental health in women living with HIV: the unique and unmet needs. *J Int Assoc Prov AIDS Care*. 2021;20:2325958220985665.
- 82 Women and drugs: drug use, drug supply and their consequences. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (<https://www.unodc.org/wdr2018/en/women-and-drugs.html>).
- 83 Bundy DAP, de Silva N, Horton S, et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *Lancet*. 2018;391(10 121):687–699.
- 84 Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research-based guide—introduction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 2020 (<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/introduction>).
- 85 Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>).
- 86 Aggarwal S, Patton G, Reavley N, et al. Youth self-harm in low- and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(4):359–375.
- 87 Giacomo Ed, Krausz M, Colmegna F, et al. Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145–1152.
- 88 Kessler R, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
- 89 Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241512343>).
- 90 Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition*. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 91 Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341344/9789240026247-eng.pdf>).
- 92 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV—recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>).
- 93 Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/adolescent-friendly-health-services-for-adolescents-living-with-hiv>).
- 94 Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>).
- 95 Esteban-Cantos A, Rodríguez-Centeno J, Barruz P, et al. Epigenetic age acceleration changes 2 years after antiretroviral therapy initiation in adults with HIV: a substudy of the NEAT001/ANRS143 randomised trial. *Lancet HIV*. 2021;8(4):E197–E205.

- 96 Gongvatana A, Morgan EE, Iudicello JE, et al. A history of alcohol dependence augments HIV-associated neurocognitive deficits in persons aged 60 and older. *J Neurovirol.* 2014;20(5):505–513.
- 97 2020 global AIDS update: seizing the moment—tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>).
- 98 Global AIDS update 2021: confronting inequalities—lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>).
- 99 Stigma and discrimination experienced by sex workers living with HIV. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2015 (<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Stigma%20and%20Discrimination%20Experienced%20by%20Sex%20Workers%20Living%20with%20HIV,%20NSWP%20-%20December%202015.pdf>).
- 100 Argento E, Strathdee SA, Goldenberg S, et al. Violence, trauma and living with HIV: longitudinal predictors of initiating crystal methamphetamine injection among sex workers. *Drug Alcohol Depend.* 2017;175:198–204.
- 101 Kinner SA, Snow K, Wirtz AL, et al. Age-specific global prevalence of hepatitis B, hepatitis C, HIV, and tuberculosis among incarcerated people: a systematic review. *J Adolesc Health.* 2018;62(3s):S18–S26.
- 102 Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1–17.
- 103 Poteat T, Wirtz AL, Radix A, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet.* 2015;385(9964):274–286.
- 104 Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214–222.
- 105 Mutumba M, Harper GW. Mental health and support among young key populations: an ecological approach to understanding and intervention. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 suppl. 1):19–429.
- 106 Global HIV and AIDS statistics: 2020 fact sheet. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
- 107 Addressing the specific needs of women who inject drugs: practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf).
- 108 Press statement: UNAIDS calls on countries to remove discriminatory laws and enact laws that protect people from discrimination. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/may/20190516_IDAHOT).
- 109 UNAIDS update: women are more likely to be on HIV treatment. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200428_women-more-likely-to-be-on-hiv-treatment).
- 110 Reidy DE, Berke DS, Gentile B, Zeichner A. Man enough? Masculine discrepancy stress and intimate partner violence. *Pers Individ Differ.* 2014;68:160–164.
- 111 Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69(Suppl. 1):20–26.
- 112 Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open.* 2016;6(7):e011453.
- 113 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* 2019;17(1):31.
- 114 Turan JM, Elafros MA, Logie CH, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med.* 2019;17(1):7.

- 115 Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med.* 2019;17(1):25.
- 116 UNAIDS/PCB (43)/18.32. Agenda item 12: thematic segment mental Health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/PCB43_18.32).
- 117 QualityRights materials for training, guidance and transformation. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).
- 118 Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(2):174–186.
- 119 Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/).
- 120 Collins PY, Freeman M. Bridging the gap between HIV and mental health services in South Africa. In: Rohleder P, Swartz L, Kalichman S, Simbayi L, editors. *HIV/AIDS in South Africa 25 years on: psychosocial perspectives.* New York: Springer; 2009.
- 121 mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>).
- 122 Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, et al. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Ann Rev Clin Psychol.* 2017;13:149–181.
- 123 Chi P, Zhao S, Zhang C, et al. Effects of psychosocial interventions on children affected by parental HIV/AIDS: a meta-analysis on depression and anxiety. *BMC Publ Health.* 2019;19(1):1572.
- 124 Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(24):2618–2626.
- 125 Dorsey S, Lucid L, Martin P, et al. Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(5):464–473.
- 126 Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health.* 2020;8(3):e387–e398.
- 127 Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(suppl. 4):iv27–iv47.
- 128 Kaaya S, Eustache E, Lapidos-Salaiz I, et al. Grand challenges: improving HIV treatment outcomes by integrating interventions for co-morbid mental illness. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001447.
- 129 Tchankoni MK, Gbeasor-Komlanvi FA, Bitty-Anderson AM, et al. Prevalence and factors associated with psychological distress among key populations in Togo, 2017. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231726.
- 130 Hughes E, Bassi S, Gilbody S, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(1):40–48.
- 131 Krumme AA, Kaigamba F, Binagwaho A, et al. Depression, adherence and attrition from care in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy. *J Epidemiol Commun Health.* 2015;69(3):284–289.
- 132 Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, et al. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *AIDS.* 2012;26(suppl. 2):S117–S135.
- 133 Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014;11(3):291–307.
- 134 McMahon JM, Braksmajer A, Zhang C, et al. Syndemic factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adult heterosexual men. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):32.

- 135 Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals Behav Med.* 2014;47(3):259–269.
- 136 Antelman G, Kaaya S, Wei R, et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;44(4):470–477.
- 137 Cook JA, Grey D, Burke J, et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. 2004;94(7):1133–1140.
- 138 Ickovics JR, Milan S, Boland R, et al. Psychological resources protect health: 5-year survival and immune function among HIV-infected women from four US cities. *AIDS.* 2006;20:1851–1860.
- 139 Sudfeld CR, Kaaya S, Gunaratna NS, et al. Depression at antiretroviral therapy initiation and clinical outcomes among a cohort of Tanzanian women living with HIV. *AIDS.* 2017;31(2):263–271.
- 140 Todd JV, Cole SR, Pence BW, et al. Effects of antiretroviral therapy and depressive symptoms on all-cause mortality among HIV-infected women. *Am J Epidemiol.* 2017;185(10):869–878.
- 141 Thakur KT, Boubour A, Saylor D, et al. Global HIV neurology: a comprehensive review. *AIDS.* 2019;33(2):163–184.
- 142 Mwangala PN, Newton CR, Abas M, Abubakar A. Screening tools for HIV-associated neurocognitive disorders among adults living with HIV in sub-Saharan Africa: a scoping review. *AAS Open Res* 2019;1:28.
- 143 Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>).
- 144 World drug report 2020. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (http://vngoc.org/wp-content/uploads/2020/07/wdr2020_Presentation-CSO_EN_27072020-rev.pdf).
- 145 HIV and substance use in the United States. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/substance-use.html>).
- 146 HIV and injection drug use. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/hiv/risk/idu.html>).
- 147 Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug Alcohol Depend.* 2010;112(3):178–193.
- 148 Common comorbidities with substance use disorders research report: part 3—the connection between substance use disorders and HIV. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2020 (<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-3-connection-between-substance-use-disorders-hiv>).
- 149 Feelemyer J, Des Jarlais D, Arasteh K, Uusküla A. Adherence to antiretroviral medications among persons who inject drugs in transitional, low and middle income countries: an international systematic review. *AIDS Behav.* 2015;19(4):575–583.
- 150 Socias ME, Milloy MJ. Substance use and adherence to antiretroviral therapy: what is known and what is unknown. *Curr Infect Dis Rep.* 2018;20(9):36.
- 151 Wechsberg WM, van der Horst C, Ndirangu J, et al. Seek, test, treat: substance-using women in the HIV treatment cascade in South Africa. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):12.
- 152 Magidson JF, Saal W, Nel A, et al. Relationship between depressive symptoms, alcohol use, and antiretroviral therapy adherence among HIV-infected, clinic-attending patients in South Africa. *J Health Psychol.* 2017;22(11):1426–1433.
- 153 Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM, et al. The impact of alcohol use and related disorders on the HIV continuum of care: a systematic review—alcohol and the HIV continuum of care. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015;12(4):421–436.
- 154 Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of opioid substitution therapy on antiretroviral therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2016;63(8):1094–1104.
- 155 Schlebusch L, Vawda N. HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Afr J Psychiatry.* 2010;13:280–283.

- 156 Musisi S, Kinyanda E. Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda. *East Afr Med J*. 2009;86(1):16–24.
- 157 Olley BO, Zeier MD, Seedat S, Stein DJ. Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*. 2005;17(5):550–557.
- 158 Petrushkin A, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatr Bull*. 2005;29:455–458.
- 159 HIV prevention 2020 road map. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/road-map>).
- 160 Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>).
- 161 Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240023581>).
- 162 Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339620>).
- 163 Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>).
- 164 Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>).
- 165 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 1—clinical. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889>).
- 166 Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325857>).
- 167 Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258506>).
- 168 Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes: HIV treatment and reproductive health. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325859>).
- 169 Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
- 170 What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>).
- 171 Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>).
- 172 WHO recommends the dapivirine vaginal ring as a new choice for HIV prevention for women at substantial risk of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>).
- 173 Carbone NB, Njala J, Jackson DJ, et al. "I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone": adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. *Plos One*. 2019;14(6):17.
- 174 Kaaya SF, Blander J, Antelman G, et al. Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group counseling intervention for HIV-positive women on prenatal depression and disclosure of HIV status. *AIDS Care*. 2013;25(7):854–862.

- 175 Fuhr DC, Weobong B, Lazarus A, et al. Delivering the Thinking Healthy programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):115–127.
- 176 Rahman A, Waqas A, Nisar A, et al. Improving access to psychosocial interventions for perinatal depression in low- and middle-income countries: lessons from the field. *Int Rev Psychiatry*. 2021;33(1–2):198–201.
- 177 Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 178 Prevailing against pandemics by putting people at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/prevailing-against-pandemics>).
- 179 Njuguna B, Vorkoper S, Patel P, et al. Models of integration of HIV and noncommunicable disease care in sub-Saharan Africa: lessons learned and evidence gaps. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S33–S42.
- 180 WHO recommends social network-based HIV testing approaches for key populations as part of partner services package. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329964>).
- 181 Golovaty I, Sharma M, Van Heerden A, et al. Cost of integrating noncommunicable disease screening into home-based HIV testing and counseling in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(5):522–526.
- 182 Package of care for children and adolescents with advanced HIV disease: stop AIDS. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008045>).
- 183 Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>).
- 184 Unutzer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry*. 2020;19(1):36–37.
- 185 Fuller SM, Koester KA, Erguera XA, et al. The collaborative care model for HIV and depression: patient perspectives and experiences from a safety-net clinic in the United States. *SAGE Open Med*. 2019;7:2050312119842249.
- 186 Safren SA, Bedoya CA, O’Cleirigh C, et al. Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2016;3(11):e529–e538.
- 187 Simoni JM, Wiebe JS, Saucedo JA, et al. A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.–Mexico border: the Nuevo Día study. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2816–2829.
- 188 Abas M, Nyamayaro P, Bere T, et al. Feasibility and acceptability of a task-shifted intervention to enhance adherence to HIV medication and improve depression in people living with HIV in Zimbabwe, a low income country in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*. 2018;22(1):86–101.
- 189 Blank MB, Himelhoch S, Walkup J, Eisenberg MM. Treatment considerations for HIV-infected individuals with severe mental illness. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;10(4):371–379.
- 190 Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>).
- 191 Blank MB, Eisenberg MM. Tailored treatment for HIV plus persons with mental illness: the intervention cascade. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63:S44–S48.
- 192 Positive health, dignity and prevention: a policy framework. Amsterdam: Global Network of People living with HIV; 2011 (<https://gnpplus.net/resource/positive-health-dignity-and-prevention-a-policy-framework/>).
- 193 Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>).
- 194 WHO HTS Info app. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/12-11-2020-who-hts-info-app>).
- 195 Kirmayer LJ, Swartz L. Culture and global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, editors. *Global mental health: principles and practice*. New York: Oxford; 2014:41–62.

- 196 Han C-K, Ssewamala FM, Wang JS-H. Family economic empowerment and mental health among AIDS-affected children living in AIDS-impacted communities: evidence from a randomised evaluation in southwestern Uganda. *J Epidemiol Commun Health*. 2013;67(3):225–230.
- 197 Ssewamala FM, Han C-K, Neilands TB. Asset ownership and health and mental health functioning among AIDS-orphaned adolescents: findings from a randomized clinical trial in rural Uganda. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):191–198.
- 198 Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10 036):2423–2478.
- 199 Meinck F, Orkin FM, Cluver L. Does free schooling affect pathways from adverse childhood experiences via mental health distress to HIV risk among adolescent girls in South Africa: a longitudinal moderated pathway model. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(3):9.
- 200 Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s55):s95–s101.
- 201 Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Publ Health*. 2016;38(3):e282–e291.
- 202 Thinking healthy: a manual for psychological management of perinatal depression. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>).
- 203 Zhu QY, Huang DS, Lv JD, et al. Prevalence of perinatal depression among HIV-positive women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):330.
- 204 Improving early childhood development. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>).
- 205 Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>).
- 206 LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>).
- 207 Armstrong G, Samson L. The imperative to integrate suicide prevention within community-based harm reduction programs for people who inject drugs: informed by the situation in Delhi, India. *Int J Drug Policy*. 2016;28:133–135.
- 208 International standards on drug use prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- 209 Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC: National Academies Press; 2015.
- 210 Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):162–172.
- 211 Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-basic-psychosocial-skills-guide-covid-19-responders>).
- 212 Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254581>).
- 213 Living with the times: a mental health and psychosocial support toolkit for older adults during the COVID-19 pandemic. Geneva: Inter Agency Standing Committee; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/living-times-mental-health-and-psychosocial-support-toolkit-older-adults-during-covid-19-pandemic>).
- 214 Van der Heijden I, Abrahams N, Sinclair D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *Cochrane Database System Rev*. 2017;(3):CD010806.
- 215 Underwood J, Winston A. Guidelines for evaluation and management of cognitive disorders in HIV-positive individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(5):235–240.

- 216 Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni AA. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(2):209–220.
- 217 Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>).
- 218 Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2004 (https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html_en).
- 219 Gallego L, Barreiro P, Lopez-Ibor JJ. Psychopharmacological treatments in HIV patients under antiretroviral therapy. *AIDS Rev*. 2012;14(2):101–111.
- 220 Arenas-Pinto A, Grund B, Sharma S, et al. Risk of suicidal behavior with use of efavirenz: results from the strategic timing of antiretroviral treatment trial. *Clin Infect Dis*. 2018;67(3):420–429.
- 221 Mollan KR, Smurzynski M, Eron JJ, et al. Association between efavirenz as initial therapy for HIV-1 infection and increased risk for suicidal ideation or attempted or completed suicide: an analysis of trial data. *Ann Intern Med*. 2014;161(1):1–10.
- 222 Web annex J: table of drug interactions with antiretroviral drugs. In: Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-18.51>).
- 223 HIV drug interactions. Liverpool: University of Liverpool (<https://www.hiv-druginteractions.org/checker>).
- 224 Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. ; New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>).
- 225 Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–863.
- 226 Sweeney S, Obure CD, Maier CB, et al. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sex Transm Infect*. 2012;88(2):85–99.
- 227 Nugent R, Barnabas RV, Golovaty I, et al. Costs and cost–effectiveness of HIV/noncommunicable disease integration in Africa: from theory to practice. *AIDS*. 2018;32(suppl. 1):S83–S92.
- 228 Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21–585.
- 229 Schackman BR, Metsch LR, Colfax GN, et al. The cost–effectiveness of rapid HIV testing in substance abuse treatment: results of a randomized trial. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(1–2):90–97.
- 230 Levin C, Chisholm D. Cost–effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al., editors. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities, third edition*. Washington, DC: World Bank; 2016.
- 231 Vanobberghen F, Weiss HA, Fuhr DC, et al. Effectiveness of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression delivered through peers: pooled analysis of two randomized controlled trials in India and Pakistan. *J Affect Disord*. 2020; 265:660–668.
- 232 Dodds S, Nuehring E, Blaney N, et al. Integrating mental health services into primary HIV care for women: the Whole Life project. *Publ Health Rep*. 2004;119:48–59.
- 233 Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, et al. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013; 10(5):e1001448.
- 234 Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: a manual to improve services*. New York: Cambridge University Press; 1999.
- 235 University of Kwazulu-Natal, Department of Health of South Africa, University of Cape Town, et al. *Mental health integration programme operations manual*. Durban; Centre for Rural Health; 2018 (https://crh.ukzn.ac.za/wp-content/uploads/2019/04/GF_GG_MhiNT-operations-manual-interactive-18Feb2019-002.pdf).

- 236 Gureje O, Appiah-Poku J, Bello T, et al. Effect of collaborative care between traditional and faith healers and primary health-care workers on psychosis outcomes in Nigeria and Ghana (COSIMPO): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10 251):612–622.
- 237 Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva: Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44322>).
- 238 Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–1819.
- 239 Sowa NA, Cholera R, Pence BW, Gaynes BN. Perinatal depression in HIV-infected African women: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(10):1385–1396.
- 240 Peltzer K, Rodriguez VJ, Lee TK, Jones D. Prevalence of prenatal and postpartum depression and associated factors among HIV-infected women in public primary care in rural South Africa: a longitudinal study. *AIDS Care*. 2018;30(11):1372–1379.
- 241 Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, et al. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001442.
- 242 Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10 064):77–90.
- 243 Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10 064):91–102.
- 244 Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10 064):103–118.
- 245 Berg M, Coman E, Schensul JJ. Youth Action Research for Prevention: a multi-level intervention designed to increase efficacy and empowerment among urban youth. *Am J Commun Psychol*. 2009;43(3–4):345–359.
- 246 Willis N, Napei T, Armstrong A, et al. Zvandiri: bringing a differentiated service delivery program to scale for children, adolescents, and young people in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(suppl. 2):S115–S123.
- 247 HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/20160715_Prevention_girls).
- 248 Grimsrud A, Ameyan W, Ayieko J, Shewchuk T. Shifting the narrative: from “the missing men” to “we are missing the men”. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(suppl. 2):e25526.
- 249 Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, et al. Adolescence and the next generation. *Nature*. 2018;554(7693):458–466.
- 250 Ameyan W, Ayieko J, Grimsrud A, Shewchuk T. Men and HIV: insights from sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(suppl. 2).
- 251 MacDonnell JA, Dastjerdi M, Khanlou N, et al. Activism as a feature of mental health and wellbeing for racialized immigrant women in a Canadian context. *Health Care Women Int*. 2017;38(2):187–204.
- 252 Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/item/9789241514019>).
- 253 Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(3):299–307.
- 254 Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams—global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>).
- 255 Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9362):995–1000.
- 256 Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New Engl J Med*. 2013;368(23):2182–2191.

- 257 Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2003;289(23):3117–3124.
- 258 Bolton P, Bass JK, Zangana GA, et al. A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. *BMC Psychiatry.* 2014;14:360.
- 259 Bolton P, Lee C, Haroz EE, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med.* 2014;11(11):e1001757.
- 260 Gao LL, Chan SW, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(3):274–281.
- 261 Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, et al. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Counsel.* 2009;77(1):68–71.
- 262 Nakimuli-Mpungu E, Wamala K, Okello J, et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2015;2(5):e190–e199.
- 263 Patel V, Weiss H, Chowdhary N, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;18:2086–2095.
- 264 Rahman A, Malik A, Sikander S, et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;372(9642):902–909.
- 265 Galarraga O, Gao B, Gakinya BN, et al. Task-shifting alcohol interventions for HIV+ persons in Kenya: a cost-benefit analysis. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):239.
- 266 Papas RK, Sidle JE, Gakinya BN, et al. Treatment outcomes of a stage 1 cognitive-behavioral trial to reduce alcohol use among human immunodeficiency virus-infected out-patients in western Kenya. *Addiction.* 2011;106(12):2156–2166.
- 267 Collins PY, Musisi S, Frehywot S, Patel V. The core competencies for mental, neurological, and substance use disorder care in sub-Saharan Africa. *Glob Health Action.* 2015;8:26 682.
- 268 Strengthening human resources through development of candidate core competencies for mental, neurological, and substance use disorders in sub-Saharan Africa: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press; 2013.
- 269 Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):535–550.
- 270 HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1).
- 271 New app to access WHO's voluntary medical male circumcision guidelines and resources. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/01-02-2021-new-app-to-access-who-s-voluntary-medical-male-circumcision-guidelines-and-resources>).
- 272 Roland J, Lawrance E, Insel TR, Christensen H. The digital mental health revolution: transforming care through innovation and scale-up. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2020 (<https://2020.wish.org.qa/app/uploads/2020/09/IMPJ7849-03-Digital-Mental-Health-WISH2020-201103-WEB.pdf>).
- 273 WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/#:~:text=The%20key%20aim%20of%20this,resource%20use%20and%20equity%20considerations>).
- 274 2019 progress reports submitted by countries. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2019countries>).
- 275 Global information system on alcohol and health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>).

- 276 NCD global monitoring framework. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf>).
- 277 Annex of the World Drug Report 2020. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (<https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html>).
- 278 UNODC. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (<https://dataunodc.un.org>).
- 279 The Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho>).
- 280 Resources for substance use disorders. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/gho/substance_abuse/en).
- 281 Global information system on alcohol and health. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-healthhttp://awareness.who.int/entity/substance_abuse/activities/survey_health3.5_2019.pdf).
- 282 Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 283 WHO/UNODC substance use disorder treatment facility survey. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization; 2018 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNOC_WHO_Facility_survey_Draft_for_field_testing_June_2019.pdf).
- 284 World Health Organization assessment instrument for mental health systems. Geneva: World Health Organization; 2005 (https://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf?ua=1).
- 285 Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry*. 2012;11(3):181–185.
- 286 MINI. Harm Research Institute (<https://harmresearch.org/index.php/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini>).
- 287 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(suppl. 20):22–33.
- 288 The Structured Clinical Interview for DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association (<https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>).
- 289 The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcididi>).
- 290 Anderson JE, Michalak EE, Lam RW. Depression in primary care: tools for screening, diagnosis, and measuring response to treatment. *B C Med J*. 2002;44(8):415–419.
- 291 Ali GC, Ryan G, De Silva MJ. validated screening tools for common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156939.
- 292 Bhana A, Rathod SD, Selohilwe O, et al. The validity of the Patient Health Questionnaire for screening depression in chronic care patients in primary health care in South Africa. *BMC Psychiatry*. 2015;15:118.
- 293 Nolan CP, O'Donnell PJM, Desderius BM, et al. Depression screening in HIV-positive Tanzanian adults: comparing the PHQ-2, PHQ-9 and WHO-5 questionnaires. *Glob Ment Health*. 2018;5:e38.
- 294 Pence BW, Gaynes BN, Atashili J, et al. Validity of an interviewer-administered patient health questionnaire-9 to screen for depression in HIV-infected patients in Cameroon. *J Affect Disord*. 2012;143(1–3):208–213.
- 295 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–613.
- 296 Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol*. 1990;8(2):99–107.
- 297 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370.

- 298 Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
- 299 Zhang W, O'Brien N, Forrest JI, et al. Validating a shortened depression scale (10 item CES-D) among HIV-positive people in British Columbia, Canada. *PLoS One.* 2012;7(7):e40793.
- 300 Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test—guidelines for use in primary health care, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>).
- 301 Sacktor N, Wong M, Nakasujja N, et al. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS.* 2005;19(13):1367–1374.
- 302 Robbins RN, Brown H, Ehlers A, et al. A smartphone app to screen for HIV-related neurocognitive impairment. *J Mob Technol Med.* 2014;3(1):23–26.
- 303 Joska JA, Witten J, Thomas KG, et al. A comparison of five brief screening tools for HIV-associated neurocognitive disorders in the USA and South Africa. *AIDS Behav.* 2016;20(8):1621–1631.
- 304 Chan LG, Ho MJ, Lin YC, et al. Development of a neurocognitive test battery for HIV-associated neurocognitive disorder screening: suggested solutions for resource-limited clinical settings. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):9.
- 305 Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, et al. Grand challenges: integrating mental health care into the non-communicable disease agenda. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001443.
- 306 SEEK-GSP. Kampala: Department of Psychiatry, School of Medicine (<http://seek-gsp.org/>).
- 307 Thurman TR, Nice J, Luckett B, Visser M. Can family-centered programing mitigate HIV risk factors among orphaned and vulnerable adolescents? Results from a pilot study in South Africa. *AIDS Care.* 2018;30(9):1135–1143.
- 308 The Let's Talk program. New Orleans, LA: HVC; 2018 (<http://hvc-tulane.org/what-we-do/program-resources/>).
- 309 Frontline AIDS. READY. Hove: Frontline AIDS (<https://frontlineaids.org/our-work-includes/ready/>).
- 310 The Friendship Bench. London: Centre for Global Mental Health (<https://www.centreforglobalmentalhealth.org/the-friendship-bench>).
- 311 Creating safe spaces. Harare: Friendship Bench (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/>).
- 312 Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):353–363.
- 313 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, et al. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019;17(1):41.
- 314 Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination: guidance for countries to implement effective programmes to eliminate HIV-related stigma and discrimination in six settings. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>).
- 315 Preventing suicide in jails and prisons. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1).
- 316 Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>).
- 317 Strategies aimed at improving community attitudes. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/strategies-aimed-at-improving-community-attitudes>).

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization, 2022

Certains droits réservés. La présente publication est disponible en vertu de 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, diffuser et adapter la publication à des fins non commerciales, pour autant que la publication soit citée de manière appropriée, tel qu'indiqué ci-dessous. Dans le cadre de l'utilisation qui sera faite de la présente publication, on ne doit pas laisser entendre que l'ONUSIDA ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS) approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA et de l'OMS est interdite. Si vous adaptez la publication, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle publication en vertu de la même licence Creative Commons ou d'une licence équivalente. Si vous traduisez la publication, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'ONUSIDA et l'OMS ne sauraient être tenus responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. La version anglaise originale est la version 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 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. Intégration des interventions en matière de santé mentale et de VIH. Principales considérations Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Données du Catalogage avant publication (CIP). Les données CIP de l'OMS sont disponibles sur <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/copyright>.

Supports attribués à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser des supports figurant dans la présente publication qui sont attribués à un tiers, tels que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une autorisation doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette autorisation auprès du titulaire des droits d'auteur. Seul l'utilisateur s'expose au risque de plaintes découlant d'une violation des droits d'auteur dont dispose un tiers sur un élément quelconque de la publication.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des supports qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA et de l'OMS quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ou 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 d'entreprises et de produits commerciaux ne signifie pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA et l'OMS par rapport à d'autres entreprises et produits commerciaux de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un produit breveté.

L'ONUSIDA et l'OMS ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, les supports publiés sont diffusés sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation desdits supports incombe au lecteur. En aucun cas, l'ONUSIDA et l'OMS ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de leur utilisation.

ISBN (OMS) 978-92-4-004317-6 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-004318-3 (version papier)

ISBN (ONUSIDA) 978-92-9253-092-1
ONUSIDA/JC3049E



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org

Organisation mondiale de la santé
Département VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

E-mail : hiv-aids@who.int

