

**SEGMENT THÉMATIQUE :
SANTÉ MENTALE ET VIH/SIDA :
PROMOUVOIR LES DROITS HUMAINS,
UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET
CENTRÉE SUR LA PERSONNE POUR
AMÉLIORER L'OBSERVANCE DE
LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE,
LE BIEN-ÊTRE ET LA QUALITÉ DE VIE**

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les études de cas utilisées dans cette note de contexte ont été résumées, mais sont présentées d'une manière différente de celle dont elles ont été soumises. Elles n'expriment ni ne suggèrent, implicitement ou explicitement, une relation avec ou le soutien de l'ONUSIDA et son mandat et/ou ses Coparrainants, États membres et la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas fait l'objet d'une vérification indépendante. ONUSIDA ne réclame, ne promet ni ne garantit l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas et décline explicitement toute responsabilité relative aux erreurs ou omissions dans le contenu. Les appellations employées dans les études de cas et la présentation de ces dernières n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas n'exprime pas nécessairement les opinions des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou de ses Copairranants.

Toutes les études de cas ont été compilées sous la forme d'un document de séance, disponible sur le site Internet du CPP : UNAIDS/PCB (43)/CRP2.

ACRONYMES

Agenda 2030	Agenda du développement durable à l'horizon 2030
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Thérapie antirétrovirale
ARV	Antirétroviral
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (US)
CSU	Couverture de santé universelle
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CCP	Conseil de coordination du programme
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
ODD	Objectif de développement durable
TB	Tuberculose
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OMS	Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	3
INTRODUCTION	5
Définitions.....	8
FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET DU VIH	10
Prévalence et co-occurrence des troubles de santé mentale et du VIH	10
Déterminants sociaux de la santé mentale et du VIH.....	11
Menaces sur le bien-être psychosocial et la qualité de vie	12
POURQUOI L'ACCENT SUR LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL, LA SANTÉ MENTALE ET LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES EST-IL IMPORTANT POUR UNE RIPOSTE EFFICACE AU SIDA ?	13
Qualité de vie et bien-être psychosocial.....	13
Conséquences du VIH sur la santé mentale	13
Santé mentale et facteurs de risque associés au VIH.....	14
Les facteurs de risques associés aux drogues et à l'alcool pour le VIH et la relation avec la santé mentale.....	15
Cadre 1. Projet INCLUSIPH (Inclusion des personnes handicapées dans la riposte au VIH) .	16
NE NÉGLIGER PERSONNE	16
RIPOSTES	18
Améliorer le bien-être et la qualité de vie durant le parcours de vie.....	18
Cadre 2. Bien-être psychosocial et interventions sur la santé mentale pour les enfants et les familles au Rwanda et en République Unie de Tanzanie	19
Cadre 3. Responsabiliser et soutenir les adolescents dans les pays africains	21
Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH.....	23
Cadre 4. « Living Positive with HIV » : Un programme d'auto-assistance en ligne pour les personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes dépressifs aux Pays-Bas.	24
Cadre 5. Programme « Integra Saúde SP » - Associer la sensibilisation et les services aux populations-clés et les consommateurs de substances psychoactives à São Paulo	26
Intégration des services pour le VIH, la toxicomanie et la santé mentale	26
Cadre 6. Gestion de la dépression et obtention de meilleurs résultats relatifs au VIH pour les personnes vivant avec le VIH : Malawi, Ouganda et Zimbabwe	28
Intégration de la santé mentale dans les programmes VIH	29
Intégration du VIH dans les services de santé mentale.....	30
Répondre aux besoins relatifs au VIH et à la santé mentale dans les prisons	30
Engagement communautaire.....	30
Intégration au niveau socio-politique.....	31
Cadre 7. Atténuation stratégique afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale	32
VOIE À SUIVRE	32
Développement de politiques d'intégration et fondées sur le droit.....	32
Mettre en place les meilleures pratiques et directives.....	33
Effectuer des recherches afin de combler le manque de connaissances	34
RÉFÉRENCES	35

INTRODUCTION

1. Lors de sa 41^e réunion, le Conseil de Coordination du Programme ONUSIDA (CCP) a convenu que le sujet du segment thématique de la 43^e réunion serait la « *Santé mentale et le VIH/SIDA - Promouvoir les droits de l'homme, une approche intégrée et centrée sur la personne pour améliorer l'observance des traitements antirétroviraux (ARV), le bien-être et la qualité de vie.* » Cette session fait suite à la prise de conscience croissante de l'importance de lutter contre la conjonction entre la santé mentale et le VIH, de la nécessité d'adopter une approche basée sur les droits de l'homme, d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de celles souffrant de troubles de santé mentale.
2. La focalisation est ponctuelle et pertinente dans le cadre de l'Objectif de Développement Durable (ODD) relatif à la santé, à savoir l'objectif 3.3 ayant pour objet de mettre un terme à l'épidémie de SIDA, de tuberculose (TB) et de paludisme ainsi qu'aux maladies tropicales négligées à l'horizon 2030, et de la mise en œuvre de la Déclaration Politique de 2016 sur l'éradication du SIDA.
3. L'objectif de cette session est également pertinent pour les ODD 3.4, 3.5, et 3.8, à savoir : « D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être ; Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ; Faire en sorte que chacun bénéficie d'une Couverture de santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. »(1)
4. Plus généralement, l'objectif explicite de l'Agenda 2030 pour le Développement durable (Agenda 2030) est de « garantir le respect des droits de l'homme pour tous ». Sa vision d'une société saine et inclusive signifie que tous les ODD doivent être concrétisés sans discrimination, y compris celle associée au statut VIH ou aux troubles de la santé mentale. De plus, la discussion est menée à un moment où la demande plus insistante d'action mondiale afin d'améliorer les ripostes aux maladies non transmissibles, y compris les troubles de santé mentale dans le monde entier (1). La session intervient également à un moment opportun à la suite de la Déclaration Politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.
5. Le segment thématique est également pertinent pour la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies (ONU) sur le droit des personnes handicapées.¹ Cette convention promeut les droits, la liberté, la dignité et l'inclusion des personnes présentant des troubles psychosociaux. Ils incluent les droits civils et politiques, les droits des personnes handicapées à vivre en toute autonomie au sein de la communauté et à prendre leurs propres décisions relatives à la santé et à la vie, le droit de participation et d'inclusion, l'accès à l'information, la vie privée, l'éducation, la santé, l'emploi et la protection sociale, y compris pour les personnes souffrant de troubles psychosociaux.
6. La Convention souligne également que les personnes handicapées jouissent des mêmes droits que les autres à la santé sexuelle et reproductive et aux programmes de santé publique fondés sur la population, et que les soins de santé devraient être dispensés sur la base d'un consentement libre et informé. Elle appelle les États à prévenir tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux en raison d'un handicap.

¹ <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

7. Cette session se fonde également sur les recommandations :
 - du Rapport 2017 du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, qui est centré sur le droit de chacun à la santé mentale (A/HRC/35/21) ;
 - du Rapport de 2018 du Haut-Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'homme sur la santé mentale et les droits de l'homme (A/HRC/34/32) ;(2-4) et
 - La résolution du Conseil des Droits de l'homme sur la santé mentale et les Droits de l'homme du mois d'octobre 2017, qui appelle à des actions afin d'évaluer les « déterminants sociaux et environnementaux de la santé et de renverser globalement plusieurs obstacles induits par les inégalités et la discrimination qui entravent la jouissance complète des droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale ». (5)
8. Le segment thématique se penchera sur l'importance de répondre aux besoins de santé mentale des personnes vivant avec le VIH, des populations-clés et des personnes infectées par le VIH ou exposées au risque du VIH, afin :
 - d'optimiser les services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH ;
 - de réduire les souffrances, les troubles et la stigmatisation associés aux troubles de la santé mentale ; et
 - d'améliorer le bien-être psychosocial et la qualité de vie.
9. Le segment examinera également les besoins en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Il identifiera également des stratégies relatives à la toxicomanie et à la santé mentale ainsi qu'un programme VIH permettant de mieux collaborer afin de résoudre les problèmes socio-économiques courants, de genre, de stigmatisation et des droits de l'homme induisant ces troubles et, le cas échéant, leur occurrence commune. La session explorera la manière dont les programmes peuvent collaborer afin d'identifier et d'atteindre les populations vulnérables et leur proposer les services multisectoriels qui leur sont nécessaires pour concrétiser les OOD plus larges.
10. Une hypothèse de départ du segment thématique réside dans la nécessité de réduire la stigmatisation et la discrimination afin d'atteindre de bons résultats en termes de santé et de qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH ou infectées par le VIH, pour les populations-clés (y compris celles qui consomment des drogues) et celles souffrant de troubles de santé mentale. La discussion reconnaît la pertinence des conjonctions, à savoir les relations et les interactions entre de nombreux facteurs impactant les inégalités relatives à la santé. (6, 7)
11. Les populations-clés, les personnes vivant avec le VIH et les personnes souffrant de troubles de la santé mentale peuvent être confrontées à une stigmatisation multiforme et aux effets des systèmes imbriqués de discrimination (8, 9). La stigmatisation associée au VIH - et aux identités marginalisées - a été reliée à l'anxiété, à la dépression, à une faible estime de soi et à une observance défailante des soins du VIH (10). La stigmatisation demeure également un obstacle à l'accès aux services relatifs à la toxicomanie, aux soins de santé mentale et aux services VIH.⁽¹¹⁻¹³⁾ La déclaration politique 2016 sur l'éradication du SIDA souligne explicitement que l'épidémie de VIH est un défi afférent aux droits de l'homme et exprime des préoccupations graves sur le fait que la discrimination continue d'interdire aux personnes d'accéder aux services VIH. La Déclaration invite les pays à promouvoir la non-discrimination dans les soins de santé, sur les lieux de travail, dans l'éducation et les services sociaux.
12. Ce segment thématique constate que la plus grande génération dans l'histoire des 10-24 ans entre désormais dans l'âge adulte(14). Toutefois, plus de 3.000 jeunes meurent quotidiennement, ce qui représente un total de 2 millions de décès annuel, de maladies largement évitables.(15)
13. L'adolescence est une phase de développement unique. Le développement cérébral de l'adolescent, façonné par l'environnement social et les expériences, détermine les capacités

futures, alors que le début de l'activité sexuelle et la capacité défaillante de contrôle émotionnel peuvent s'accompagner de nouvelles vulnérabilités sanitaires et comportementales.(14, 16)

14. De nos jours, nombre d'adolescents sont confrontés au chômage, à l'instabilité familiale, à la guerre et aux conflits, à la migration de masse et aux pressions afin d'adopter des styles de vie peu sains(14). Le développement de l'adolescent se caractérise par de fortes motivations à nouer des relations au-delà de la famille, à prendre des risques et à être guidé par les influences des pairs(14). Les enfants nés avec le VIH, entrant dans l'adolescence et envisageant d'être sexuellement actifs peuvent rencontrer des facteurs de stress particuliers. Les lois interdisant le mariage des enfants, protégeant contre les violences ou réduisant la discrimination peuvent favoriser la santé de l'adolescence, à l'instar de l'engagement dans une éducation et des soins de santé de qualité accessibles et acceptables pour les adolescents (14).
15. Le segment thématique adopte une approche du cycle de vie, se concentrant sur les actions nécessaires pour promouvoir la santé mentale et la qualité de vie des personnes vivant avec et affectées par le VIH au cours de leur vie.
16. Le segment thématique repose sur les principes et approches transversaux de la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA(17) et du Plan d'action 2013-2020 pour la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (18) :
 - **Couverture de santé universelle** Quel que soit l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le domicile, la race, l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle, et, selon le principe d'équité, les personnes souffrant de troubles de santé mentale devraient pouvoir accéder, sans aucun risque d'appauvrissement personnel, aux services essentiels de santé et sociaux leur permettant d'atteindre le niveau le plus élevé de santé(18). Les personnes vivant avec le VIH devraient pouvoir accéder aux systèmes des soins VIH centrés sur les personnes dans le cadre de la Couverture de santé universelle (CSU), y compris le traitement de la tuberculose, du cancer du col de l'utérus et de l'hépatite B et C.(19)
 - **Droits de l'homme** Les stratégies relatives tant au VIH qu'à la santé mentale, les actions et interventions pour le traitement, la prévention et la promotion, doivent respecter la Convention des droits des personnes handicapées et d'autres outils internationaux et régionaux relatifs aux Droits de l'homme.(18)
 - **Pratique fondée sur les preuves.** Les stratégies et interventions relatives au VIH et à la santé mentale pour le traitement, la prévention et la promotion doivent reposer sur des preuves scientifiques et/ou les meilleures pratiques, en tenant compte de considérations culturelles, locales et communautaires.(18)
 - **Approche du parcours de vie** Les politiques, plans et services pour la santé mentale et le VIH doivent tenir compte des besoins de santé et sociaux à tous les stades du parcours de vie, y compris la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse,(18) en supportant et renforçant les facteurs qui protègent le bien-être mental, la constitution d'une bonne qualité de vie.
 - **Approche multisectorielle.** Une réponse globale et coordonnée à la santé mentale nécessite un partenariat avec plusieurs secteurs, tels que la santé, l'éducation, l'emploi, le monde judiciaire, les secteurs du logement, sociaux et les autres secteurs pertinents, ainsi qu'un engagement communautaire et du secteur privé, éventuellement au niveau national et local.(18)
 - **L'égalité des genres.** Les stratégies ont pour objet de supprimer les inégalités de genre et de mettre un terme à toutes les formes de violence et de discrimination contre les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH, les populations-clés, les toxicomanes, et celles souffrant de troubles de la santé mentale.(19)
 - **L'autonomisation des personnes vivant avec le VIH, des populations-clés, des toxicomanes et des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et psychosociaux.** Les personnes souffrant de troubles de santé mentale et psychosociaux, y compris celles vivant avec ou affectées par le VIH, devraient être responsabilisées et impliquées dans la sensibilisation, la politique, la planification, la législation, la fourniture de services, la surveillance, la recherche et l'évaluation relatives à la santé mentale.(18) Les

personnes vivant avec le VIH, les populations-clés, les toxicomanes, les personnes exposées au risque et affectées par le VIH, doivent être émancipées afin de connaître leurs droits et d'accéder aux services juridiques et légaux afin de prévenir et de s'opposer aux violations des droits de l'homme,(17) y compris la criminalisation et la législation, les politiques et pratiques discriminatoires.

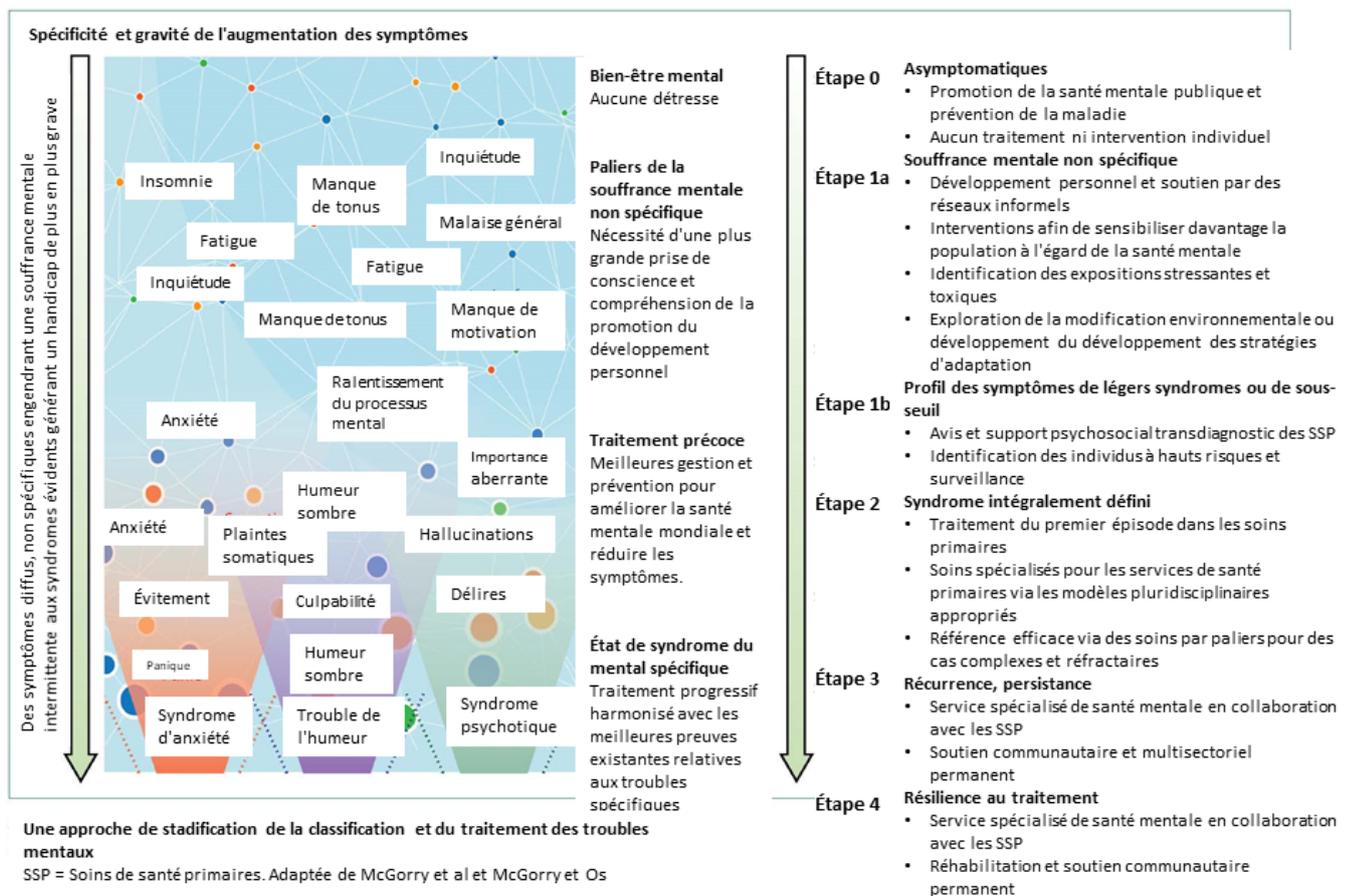
17. Plusieurs initiatives récentes ont intensifié la dynamique d'intégration de la santé mentale dans divers établissements communautaires et de soins de santé, et plus largement, dans les ODD, à savoir :
- le lancement récent de la Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le Développement durable ; (20)
 - l'organisation du premier Sommet ministériel mondial sur la santé mentale par le Royaume-Uni ; et
 - l'engagement des Pays-Bas d'accueillir le second Sommet ministériel mondial sur la santé mentale en 2019 avec une emphase sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les urgences.(21-23)

Définitions

18. L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être permettant à chaque individu de réaliser son propre potentiel afférent à son stade de développement, à faire face aux contraintes normales de la vie, à étudier ou travailler de manière productive et fructueuse, et à contribuer à sa communauté.(24)
19. Les troubles mentaux sont généralement définis comme des troubles de la pensée, des émotions, du comportement et/ou des relations avec autrui, menant à un handicap fonctionnel dans une ou plusieurs activités principales de la vie(25). Les difficultés psychologiques incluent une large palette de facteurs psychologiques et sociaux pouvant influencer la qualité de vie des personnes affectées par le VIH, tels que le chômage, les problèmes d'interaction sociale, la stigmatisation sociale, et les expériences psychologiques, telles que la tristesse ou une concentration défaillante, pouvant dissimuler des symptômes de troubles de santé mentale (26). Les termes « troubles de santé mentale » sont utilisés dans ce texte afin de désigner les troubles diagnostiqués ainsi que les états de souffrance mentale.
20. Le Groupe Qualité de la vie de l'OMS définit la qualité de vie comme étant la « perception, par un individu, de sa situation dans la vie dans le cadre des systèmes culturels et de valeur dans lesquels il vit et relatifs à ses objectifs, attentes, normes et préoccupation. »(27)
21. L'OMS définit la toxicomanie comme une utilisation toxique et dangereuse de substances psychoactives, y compris l'alcool et les drogues. La consommation de substances psychoactives peut induire une dépendance. Cela peut englober un regroupement de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent après une consommation répétée de substances. Ils incluent généralement une envie irrésistible de consommer des drogues, des difficultés à contrôler sa consommation, la poursuite de la consommation en dépit des conséquences nocives, une priorité plus élevée donnée à la consommation de drogues par rapport aux autres activités et obligations, une tolérance accrue, et, parfois, un état de sevrage physique. (Ajouter une nouvelle référence dans les notes de fin de document : OMS http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/). Tout au long de ce document, les termes suivants sont utilisés : « consommation de substances », « consommation de drogue », « dépendance aux drogues », « consommation nocive d'alcool » et « dépendance à l'alcool ». Il est nécessaire de souligner que, s'il existe des liens entre la santé mentale et la consommation de substances, toutes les consommations de substances ne sont pas associées à des troubles de la santé mentale.

22. La Commission Lancet sur la Santé mentale mondiale et le Développement durable propose de recadrer la santé mentale mondiale, qui s'inspire de trois principes directeurs (20). Le premier est une plus large conceptualisation de la santé mentale, qui reconnaît que le bien-être mental et les troubles mentaux suivent un continuum allant de l'absence de souffrance aux symptômes persistants et graves. L'application de cette approche dimensionnelle souligne que la promotion de la santé mentale et la prévention et le traitement des troubles de santé mentale sont essentiels (Figure 1).
23. Le second principe exige une harmonisation des preuves fournies par diverses disciplines contribuant à notre compréhension de la santé mentale (20). Cette approche reconnaît que des facteurs tels que les désavantages sociaux et les traumatismes subis durant l'enfance (ou les autres conditions sociales et économiques) confèrent un risque ou une résilience aux résultats afférents à la santé mentale via leur influence sur le développement et la fonction cérébrale de la petite enfance à la vieillesse (14). Leur impact est le plus grand durant les périodes délicates du développement durant l'enfance et l'adolescence.
24. Le troisième pilier inclut les approches de la santé mentale dans le cadre des droits de l'homme, soulignant que la santé mentale est un droit humain universel et que certains membres de sociétés sont davantage exposés au risque de voir leurs droits soient négligés ou violés (20). Le développement et la mise en oeuvre d'activités de promotion, de prévention et de soins devraient s'articuler autour de l'engagement des personnes souffrant de troubles de santé mentale.

Figure 1. Exemple d'une approche dimensionnelle de la santé mentale.



Note : Reproduit de la Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le Développement durable(20)

FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE, DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET DU VIH

Prévalence et co-occurrence des troubles de santé mentale et du VIH

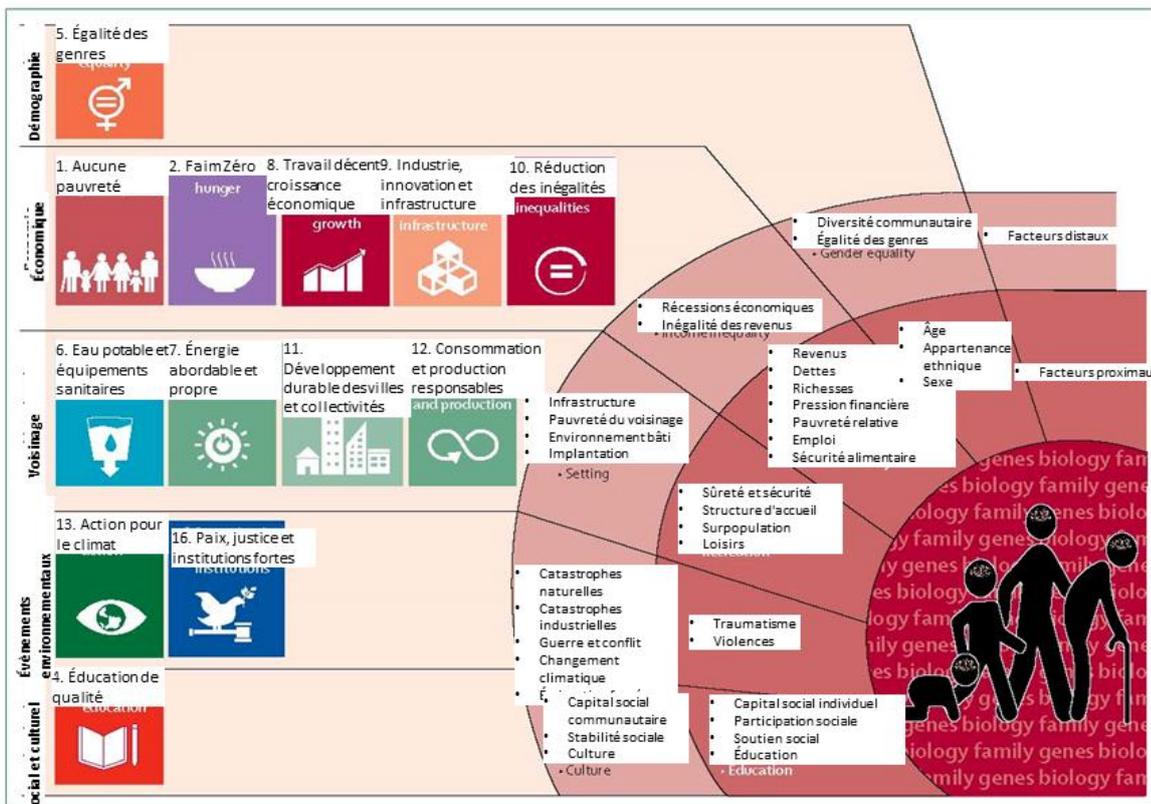
25. Une synthèse de 155 études épidémiologiques menées dans 55 pays a démontré que 18% des personnes ont signalé avoir présenté des troubles de la santé mentale, des troubles en termes de consommation d'alcool ou des troubles en termes de consommation de substances au cours de l'année écoulée, et que près de 30% des personnes ont rapporté avoir présenté ces troubles au cours de leur parcours de vie.(28)
26. Selon l'étude sur la Charge globale de la maladie, menée en 2016, plus de 1 milliard de personnes ont, dans le monde entier, souffert de troubles de la santé mentale, de consommation de drogues ou d'alcool - à savoir quelque 16% de la population (29). Quelque 268 millions de personnes ont souffert de dépression et 100 millions, environ, présentaient des troubles afférents à la consommation d'alcool (29). Quelque 50% des troubles de santé mentale décelés à l'âge adulte débutent à l'âge de 14 ans et 75% à l'âge de 25 ans, affectant les adolescents et les jeunes adultes lors de leur entrée à l'école, de leur passage au monde du travail, au début de leur vie sexuelle et lorsqu'ils fondent une famille (figure 2).(30)
27. Les troubles de santé mentale sont associés, outre à une détérioration du bien-être, à un risque accru de la mortalité (31, 32). Près de 800.000 personnes se suicident annuellement. La majorité de ces suicides sont associés aux troubles de santé mentale (33). Le suicide est le second facteur de mortalité, en termes d'importance, parmi les adolescentes plus âgées dans le monde entier et est suivi par la mortalité maternelle (34). Le suicide est la seconde cause de décès, en termes d'importance, parmi les jeunes de 15 à 29 ans dans le monde entier.(33)
28. Les traumatismes subis durant la petite enfance (négligence, abus) et l'historique familial en termes de décès par suicide augmentent le risque, à l'instar d'autres facteurs de risque tels que l'abus d'alcool et de drogues (35). Les symptômes des troubles de santé mentale, tels qu'une profonde dépression, sont souvent des facteurs de risque menant au suicide (35). Au sein des pays, les taux de suicide peuvent fluctuer considérablement parmi différents groupes démographiques. Des taux élevés de suicide parmi la population autochtone ont été attribués à la conjonction de la pauvreté, de la perturbation des cultures traditionnelles et des moyens d'existence, des déplacements, de la marginalisation et de la prévalence accrue de la consommation d'alcool et de drogues. (35-39)
29. Les taux élevés de suicide sont également associés à diverses maladies chroniques et mortelles, y compris le cancer et le VIH (40-44). Une étude sud-africaine a démontré une prévalence de 24% d'idées suicidaires parmi les personnes se soumettant à un dépistage du VIH (40). Selon trois études africaines, les taux d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide oscillent entre 13 à 17% parmi les personnes vivant avec le VIH (45-47). Dans un échantillon étudié se composant d'homosexuels et de bisexuels vivant avec le VIH, les idées et les tentatives de suicide étaient associées à l'exclusion sociale résultant de la séropositivité, au rejet en tant que partenaire sexuel et aux injures et violences physiques (48). Il convient de souligner que les facteurs communautaires, ceux afférents au système de santé et les facteurs interpersonnels associés au risque de suicide peuvent s'accumuler dans des communautés vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH (33). Ces facteurs incluent la stigmatisation associée à la recherche d'aide, l'accès limité aux services relatifs aux troubles de santé mentale, la vie dans un contexte de guerre ou de déplacement, les pressions acculturelles, l'expérience de la discrimination, l'isolation, le faible soutien social, les lois punitives et les politiques et pratiques de discrimination.(33)
30. Des troubles sévères de la santé mentale sont associés à la mortalité due au VIH dans certaines études (50). La dépression a également été associée à la mortalité résultant du VIH (51-55). Dans une étude menée sur près de 1.500 femmes tanzaniennes sous TAR, les taux de

mortalité étaient supérieurs parmi les femmes dépressives (6.6% contre 3.7%), et 36% des décès survenus sur 2 ans étaient associés à la dépression (54). La consommation toxique d'alcool était liée à quelque 3 millions de décès au niveau mondial en 2016, à savoir quelque 5% de tous les décès survenus au cours de cette année (56). La consommation nocive d'alcool est associée à l'hépatite et la tuberculose. TB : (57) Il a été estimé que la consommation d'alcool a engendré 22 nouveaux cas de TB et 2,35 décès par TB sur 100.000 personnes.(58)

Déterminants sociaux de la santé mentale et du VIH

31. Les environnements sociaux, culturels, économiques, légaux et physiques dans lesquels les personnes évoluent jouent un rôle significatif sur la santé mentale (59). Les inégalités sociales, la discrimination et les violations des droits de l'homme sont associées à un risque accru de nombreux troubles courants de la santé mentale(59), à l'instar d'une détérioration de la qualité de vie en raison de la santé parmi les personnes vivant avec le VIH (60). La relation entre les troubles de santé mentale et le statut socio-économique est bilatérale : les troubles de la santé mentale peuvent engendrer une réduction des revenus et de l'emploi, ainsi qu'une pauvreté chronique(61). À son tour, la pauvreté augmente le risque de troubles de santé mentale.(59)
32. Le regroupement des déterminations sociales, ou syndémie, (par ex., les déplacements, la pauvreté, l'exposition aux violences du partenaire) constaté dans les populations vulnérables, engendre de mauvais résultats en termes de santé, et peut augmenter le risque de troubles de santé mentale ou de VIH (20, 62). Les actions ayant pour objet d'améliorer les conditions de vie au cours du parcours de vie permettent d'améliorer la santé mentale de la population et de réduire le risque afférent à ces troubles de la santé mentale, qui sont associés aux inégalités sociales.(59) Ces mesures reposent sur l'Agenda 2030 (Figure 2).(59)

Figure 2. ODD et déterminants sociaux de la santé mentale



Facteurs sociaux déterminants de la santé mentale mondiale et des objectifs de développement durable

Note : Reproduit de la Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le Développement durable(20)

33. Plusieurs déterminants sociaux influencent le risque d'infection au VIH et ces facteurs peuvent s'agglomérer afin de créer un « contexte de vulnérabilité » devant être pris en considération aux fins d'une prévention et de soins efficaces du VIH (63, 64). Il existe des liens entre les cycles de la vulnérabilité sociale, l'exposition aux traumatismes et à l'adversité et les comportements à risques en matière de VIH. Cela souligne la valeur des services tenant compte des traumatismes (65). Les réseaux sociaux et sexuels qui renforcent les normes sociales peuvent tant augmenter que protéger contre le risque d'infection VIH (66). Les environnements communautaires peuvent également promouvoir la santé ou augmenter le risque.
34. Les impacts de la stigmatisation sociale sur le bien-être peuvent limiter la fourniture ou l'adhésion aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les lois et politiques façonnent également les risques et la protection des populations marginalisées. Par exemple, la criminalisation de l'homosexualité, du travail du sexe et/ou la consommation de drogue, et le refus d'autoriser des pratiques de prévention telles que l'échange d'aiguille ou la fourniture de préservatifs dans les prisons entravent la prévention du VIH.(66)

Menaces sur le bien-être psychosocial et la qualité de vie

35. La stigmatisation et la discrimination sont associées à de plus mauvais résultats en termes de santé, à des disparités relatives à la santé, et à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, des populations-clés, des personnes consommant des drogues et des personnes souffrant de troubles de la santé mentale (11, 67). La stigmatisation est un processus complexe incluant le marquage, les stéréotypes, la séparation, la perte de statut et alimente généralement la discrimination (68). Il convient de constater que le déséquilibre des forces entre les personnes stigmatisées et celles qui les stigmatisent détermine la discrimination en résultant.(68)
36. La stigmatisation associée au VIH ou aux troubles de santé mentale peut être constatée simultanément et peut interagir avec d'autres formes de stigmatisation relatives aux identités sociales, telles que la race, le genre, l'orientation sexuelle (69). La discrimination qui résulte de la stigmatisation stratifiée peut entraver l'accès aux soutiens sociaux et structurels ainsi qu'aux soins de santé de qualité (69). Par exemple, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociales associées au VIH peuvent également entraver la fourniture et la recherche de soins pour d'autres maladies, y compris les maladies non transmissibles. Par exemple, des études ont démontré que certaines femmes étaient réticentes à se soumettre à un dépistage du cancer du col de l'utérus par crainte de son association au VIH.(70)
37. Les politiques et la législation qui violent les droits de l'homme contribuent également à une moins bonne qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH et les populations-clés, et peuvent également contribuer à une détérioration de la santé mentale. Une étude canadienne a démontré que la criminalisation de la non-divulgence du VIH génère des obstacles à l'engagement et à l'adhésion à la cascade de soins du VIH
38. L'ONUSIDA exprime ses préoccupations sur « l'application trop générale de la loi criminalisant la non-divulgence, l'exposition et la transmission du VIH », vu le risque de violations des droits de l'homme et les interférences avec les efforts réalisés en matière de santé publique (71). Le document de référence invite les États à : « a) concentrer leurs efforts sur l'intensification de l'utilisation d'approches éclairées, avérées et fructueuses reposant sur les droits en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH, et b) restreindre toute application de la loi pénale aux cas réellement répréhensibles de transmission du VIH et nécessitant l'intervention de la justice. »(71)
39. La criminalisation de la consommation de drogues dans le contexte du VIH peut également entraver le recours et l'accès aux soins éclairés. Une récente analyse systématique de 106 études a apporté la preuve que 80% d'entre elles ont mis en exergue un effet négatif de la criminalisation sur la prévention et les soins du VIH (72). D'autres études ont démontré que les lois punitives anti-drogue ne permettent pas de concrétiser des réductions dans la fréquence de

la consommation de drogues ni du nombre d'injections ; ni n'induisent davantage une augmentation de l'arrêt des injections.(72)

40. Quelques stratégies nationales de prévention du VIH prévoient des services de réduction des risques et la réduction du financement a engendré une interruption ou une réduction des services dans certains établissements (13). La criminalisation des populations-clés est également devenue un vecteur supplémentaire de stigmatisation et une source de stress psychosocial pour les individus et les communautés touchés.

POURQUOI L'ACCENT SUR LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL, LA SANTÉ MENTALE ET LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES EST-IL IMPORTANT POUR UNE RIPOSTE EFFICACE AU SIDA ?

Qualité de vie et bien-être psychosocial

41. La santé désigne un état de bien-être physique, mental et social et ne se limite pas à l'absence de maladie. Les interventions ayant pour objet de promouvoir le bien-être et la qualité de vie, mises en œuvre en collaboration avec les personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH, sont donc nécessaires parallèlement au dépistage et au traitement du VIH. L'accès aux soins et au traitement du VIH et l'accès aux services de santé mentale jouent un rôle prépondérant dans l'amélioration de la qualité de vie. Toutefois, même en cas de suppression virale, les personnes vivant avec le VIH peuvent continuer à rapporter une qualité de vie inférieure à celle de la population générale, du fait de dépression et d'anxiété qui contribuent substantiellement à ces résultats. Dès lors, la reconnaissance de la relation entre la qualité de vie et le bien-être psychosocial, la santé mentale, les résultats relatifs au VIH doivent être un élément-pivot dans les interventions de soins, de soutien et de traitement.

Conséquences du VIH sur la santé mentale

42. Les personnes vivant avec le VIH présentent un risque accru de développer des troubles de la santé mentale,(73, 74) pouvant entraver un comportement de recherche de soins, réduire l'observance du traitement(75) et induire des taux de mortalité plus élevés (51, 54, 55).
43. Le VIH est associé à une multitude de troubles neurocognitifs (par ex., le trouble neurocognitif associé au VIH ou HAND), incluant le trouble neurocognitif asymptomatique, le trouble neurocognitif léger, la démence associée au VIH (22). Les symptômes incluent des modifications cognitives, la démence et des troubles moteurs. HAND a été associé à une dégradation de la qualité de vie, au chômage, à une faible adhésion au traitement et à une survie réduite dans les études menées dans les pays à revenus élevés (22). L'utilisation de la TAR est associée à une amélioration du statut neurocognitif et l'incidence de HAND a diminué quand les soins étaient accessibles.
44. La dépression et l'anxiété sont les troubles de santé mentale les plus courants associés avec le VIH. Une méta-analyse récente menée en Afrique subsaharienne a démontré une prévalence de 24% de dépression parmi les personnes vivant avec le VIH (74). Les personnes vivant avec le VIH peuvent souffrir de dépression et d'anxiété quand elles adaptent leur vie à une maladie chronique, quand elles sont les victimes ou quand elles anticipent la stigmatisation ou quand elles gèrent les agents stressants permanents de la vie (22) (23, 76). Les indicateurs de dépression incluent le genre féminin, un âge avancé, le chômage, les événements négatifs de la vie, les traumatismes de l'enfance, un plus grand nombre de symptômes physiques liés au VIH, un faible nombre de CD4, des fonctions réduites et un faible soutien social.(54, 76)
45. Alors que le traitement du VIH réduit le risque afférent à certains troubles de santé mentale,(22, 77) certains antirétroviraux (ARV) fréquemment prescrits peuvent également générer des effets secondaires neuropsychiatriques parmi 50% des personnes auxquelles ils sont administrés.(78,

79) Les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de soins de santé mentale pourront également se voir prescrire des médicaments psychotropes. S'ils sont utilisés avec des ARV, des interactions entre les médicaments peuvent être constatées et affecter les métabolismes des deux types de médicaments (80). En termes cliniques, cela signifie que la sensibilité des patients aux médicaments engendrant des effets secondaires peut augmenter et que les prescripteurs doivent être conscients que des doses modifiées de médicaments psychotropes ou des ARV peuvent s'avérer nécessaires.(80)

46. Les effets secondaires des ARV peuvent également inclure des symptômes psychiatriques. Le Zidovudine et l'Abacavir ont été associés aux manies et à la psychose, alors que la nevirapine et l'efavirenz ont été associés aux changements d'humeur et à des cauchemars (78). Une faible adhésion à la TAR a été associée à l'administration d'efavirenz dans certains établissements.(81)

Santé mentale et facteurs de risque associés au VIH

47. La relation entre le VIH et la santé mentale est bilatérale. Les personnes souffrant de troubles sévères de santé mentale sont souvent plus exposées à l'infection au VIH et peuvent moins facilement accéder à l'enseignement, aux méthodes de prévention, au dépistage et au traitement (82). Une synthèse de 44 études de prévalence menées sur 5 continents, a démontré que la prévalence moyenne estimée du VIH parmi les personnes souffrant de troubles sévères de santé mentale était de 6% dans les études nord-américaines, de 2,7% en Amérique centrale et du Sud, 1,5% en Asie-Pacifique et de 19% dans les études africaines (82).

48. Le risque d'infection au VIH parmi les personnes souffrant de troubles sévères de santé mentale pourrait être associé à la pauvreté ou à l'instabilité financière, au commerce du sexe, aux violences sexuelles, au partage de l'équipement d'injection des drogues, à l'utilisation inappropriée du préservatif ou aux symptômes psychiatriques pouvant engendrer un déficit cognitif ou de jugement (81, 83). La stigmatisation, le soutien social limité, l'apathie associée aux symptômes actifs ou un trouble de santé mentale, des soins de piètre qualité ou inhumains, un personnel médical se comportant de manière peu professionnelle et des heures d'ouverture limitées des cliniques, sont tous les facteurs pouvant limiter l'accès aux services de santé (81).

49. L'adhésion aux soins est primordiale pour obtenir de bons résultats de traitement, mais cette adhésion peut être déficitaire en présence d'un trouble de santé mentale. Une synthèse de 125 études menées dans 38 pays a démontré que 15% des adultes et 25% des adolescents vivant avec le VIH ont rapporté que la dépression ou le sentiment d'être dépassé constituent un obstacle à l'observance de la TAR.(84) Une méta-analyse récente a démontré que le traitement de la dépression améliore l'observance de la TAR (85). La non-observance était supérieure de 35% parmi les personnes dont la dépression n'était pas soignée et les probabilités d'adhésion aux soins étaient 83% supérieures parmi celles dont la dépression était soignée ou bénéficiant d'interventions pour la souffrance psychologique (85). Toutefois, une santé mentale défailante est associée à la progression de la maladie liée au VIH, quels que soient ses effets sur l'adhésion aux soins (86).

De nombreuses études ont démontré l'impact négatif des traumatismes sur les résultats relatifs à la santé des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, une étude menée aux États-Unis a démontré que, parmi 490 femmes et hommes séropositifs, les personnes ayant été confrontées au plus grand nombre de catégories de traumatismes de vie affichaient un taux de décès « toutes causes confondues » deux fois plus important que celles se situant sous les niveaux moyens de traumatismes.

50. La même étude a également démontré que les traumatismes étaient associés à l'apparition rapide d'infections opportunistes et d'un décès dû au SIDA. Une autre étude menée sur des femmes séropositives bénéficiant de soins cliniques a démontré que les traumatismes récents, définis comme étant des abus, des menaces, des violences ou une obligation de relations sexuelles au cours des 30 derniers jours, était le seul indicateur statistiquement significatif de

l'échec de la TAR. La probabilité que les personnes rapportant des traumatismes récents interrompent la TAR était quatre fois plus élevée que parmi celles ne rapportant aucun traumatisme.

Les facteurs de risques associés aux drogues et à l'alcool pour le VIH et la relation avec la santé mentale

51. Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, quelque 275 millions de personnes dans le monde entier, à savoir environ 5,6 pour cent de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, ont consommé des drogues au moins une fois en 2016 (87). Quelque 31 millions de personnes qui consomment des drogues souffrent de dépendance aux drogues, à savoir que cette consommation est nocive et nécessite un traitement (87). Les opioïdes sont les plus toxiques et représentent 76 pour cent des décès imputables aux troubles afférents à la dépendance aux drogues (87). Une estimation fait état de 10,6 millions de personnes s'étant injectées des drogues en 2016 dans le monde entier.
52. Il est estimé que plus de la moitié des personnes qui consomment des drogues par injection souffrent d'hépatite C et un huitième (environ 1,3 million) vit avec le VIH (87). Le partage de l'équipement d'injection, l'utilisation de stimulants et le « chemsex » (relations sexuelles sous l'influence de produits chimiques) engendrent des risques(88). Quelque 20% des nouvelles infections au VIH survenues en dehors de l'Afrique subsaharienne en 2015 étaient associées à la consommation de drogues par injection(87, 88). Outre les opioïdes, la méthamphétamine peut également être injectée, (89) et la consommation de stimulants a été liée, dans certains milieux, à une initiation sexuelle à un âge précoce et à une utilisation inappropriée du préservatif.(90)
53. La consommation d'alcool va souvent de pair avec un risque de VIH. Une méta-analyse a démontré que la consommation de tout alcool augmentait le risque d'infection au VIH, alors que la consommation excessive d'alcool double le risque et la consommation d'alcool avant ou pendant les relations sexuelles augmente de 86% le risque d'infection au VIH (91). Une étude relève que : « La consommation passée et actuelle d'alcool influence directement la progression du VIH et la survie en retardant le montant ou l'adhésion et la réponse aux médicaments administrés pour réduire les niveaux de VIH dans le corps. La consommation d'alcool influence également les résultats relatifs à la santé en augmentant le risque de VIH et de comorbidités liées au VIH, y compris les maladies hépatiques, cardiovasculaires et cérébrovasculaires, pulmonaires, osseuses et le cancer. (92)» La consommation excessive d'alcool augmente également le risque d'infection au VIH ainsi que la TB et l'hépatite virale associées.
54. Dès lors, les services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins doivent donc répondre aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux complexes de ces individus, et cela devrait être concrétisé via des interventions et programmes intégrés. Idéalement, une telle intégration serait multisectorielle, se focalisant sur l'équité, englobant les services sociaux, juridiques, de soins de santé et éducationnels et engageant les organisations communautaires au service des populations-clés et d'autres groupes marginalisés. De tels efforts sont conformés à la Stratégie mondiale de l'OMS visant à Réduire l'alcoolisme et soutiennent plus largement la concrétisation du Programme de développement durable 2030.
55. Les troubles de santé mentale ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui vont de pair, affectent le comportement de recherche de soins et le recours aux services de diagnostic et de traitement du VIH. Les troubles de santé mentale ont également été associés à une plus faible probabilité de bénéficier des ARV.
56. L'accès aux soins de santé par les personnes consommant des drogues est entravé par la stigmatisation et la discrimination associées à la consommation de drogues, par la rareté des services dans de nombreux endroits et par les soins fragmentés(93). Dans certains contextes,

l'accès est encore rendu plus difficile par la criminalisation de la consommation de drogues et/ou les services de réduction des risques, tels que la thérapie de substitution des opioïdes et les programmes relatifs aux aiguilles-seringues frappés d'illégalité. (93)

Cadre 1. Projet INCLUSIPH (Inclusion des personnes handicapées dans la riposte au VIH)

Bien que la Guinée-Bissau et le Sénégal aient ratifié la Convention des Droits des Personnes Handicapées, l'accès aux services de santé en général, et aux services pour le VIH et la santé sexuelle et reproductive, plus particulièrement, demeure limité. Tel est particulièrement le cas pour les filles et les femmes handicapées qui sont souvent considérées comme sexuellement inactives. Dès lors, les personnes handicapées sont vulnérables au VIH en raison de l'accès limité aux services de prévention du VIH, de l'accès limité aux services de traitement, de soins et de soutien disponibles, de la stigmatisation et de la discrimination entravant leur accès et l'utilisation des mesures de préventions, de soins, de traitement et de support, et de la vulnérabilité importante aux violences sexuelles.

Handicap International met en œuvre le projet INCLUSIPH, qui préconise une approche intégrée et inclusive des services de prévention, de traitement, de soins et de support, afin de répondre aux besoins des personnes souffrant de tout type de handicap. Les activités de Handicap International se fondent sur l'engagement de respecter les droits fondamentaux des femmes et des hommes, qu'ils soient handicapés ou non. Sa politique relative au genre promeut la non-discrimination et la protection avec une focalisation particulière sur la discrimination des femmes handicapées.

Les activités d'INCLUSIPH incluent les services de prévention et autres relatifs à la coinfection TB/VIH, les infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle et reproductive, y compris la fourniture de soins, le renforcement de l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement pour les personnes handicapées. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services de soins inclusifs et intégrés du VIH dans 6 régions frontalières du Sénégal et de la Guinée-Bissau pour les personnes handicapées.

NE NÉGLIGER PERSONNE

57. Les populations-clés - les homosexuels et les autres hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe, les transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes en prison et dans d'autres établissements fermés - sont plus susceptibles d'être les victimes d'une stigmatisation, et plus spécifiquement dans ceux dans lesquels elles sont criminalisées. Leur prévalence élevée en termes de VIH reflète leurs vulnérabilités sociales. Les travailleuses du sexe sont exposées à un risque 13 fois plus élevé d'infection au VIH par rapport à la population générale ; les homosexuels et les autres hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes sont exposés à un risque 28 fois plus grand ; les femmes transgenres sont exposées à un risque 13 fois plus grand et les personnes en prison et dans d'autres établissements fermés, sont exposées à un risque 5 fois plus grand.. Vu leur marginalisation sociale, leur vulnérabilité aux menaces sanitaires et la violation des droits de l'homme, les taux élevés de souffrance émotionnelle et de troubles de la santé mentale sont également notables.
58. Un examen récent de la littérature scientifique relative à la santé mentale parmi les minorités sexuelles, a démontré des taux élevés de troubles de santé mentale en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, y compris des taux élevés de dépression, de troubles bipolaires, de tentatives de suicide et de dépendance aux drogues(94). La prévalence des troubles de santé mentale est supérieure parmi les prisonniers que parmi la population générale et les taux d'identification et de traitement sont faibles. Les prisonniers sont également confrontés à un risque accru de mortalité « toutes causes confondues », de suicide, d'automutilation, de violence et de victimisation, et à la recherche a mis en exergue plusieurs

facteurs de risques modifiables(95). Les données relatives à la consommation de drogues ou à la santé mentale parmi les populations-clés dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, sont encore insuffisantes.

59. L'adolescence peut augmenter la vulnérabilité à l'infection au VIH et aux troubles de santé mentale. Pour les adolescentes et les jeunes femmes, la dépression est amplifiée dans des contextes de pauvreté, de discrimination et de violence induites par le genre. Les facteurs structurels et sociétaux exposant les adolescents au risque de santé mentale défailante incluent la pauvreté, l'émigration, les différences entre la réalité qu'ils vivent et leurs aspirations - qui sont parfois alimentées par les images publiées dans les médias - et les normes de genre, le mariage précoce et forcé, les violences sexuelles et du partenaire intime. Dans le monde, une femme sur trois a été victime de violence physique et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime ou d'un non-partenaire. Les femmes qui ont subi des violences sexuelles sont 2,3 fois plus susceptibles de présenter des troubles relatifs à la consommation d'alcool et 2,6 fois plus exposées à la dépression ou l'anxiété.
60. D'autres populations vulnérables incluent les personnes dans les situations d'urgence humanitaire, telles que les personnes déplacées en raison d'une persécution, de la guerre, de catastrophes et de violences ; les réfugiés et les demandeurs d'asile ; et les personnes déplacées au niveau national. Selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, le nombre de personnes déplacées de force a atteint 68,5 millions en 2017, dont 16 millions ont été déplacées récemment(96). Les pays à faibles revenus et les pays à revenus intermédiaires ont accueilli 85% des réfugiés du monde entier en 2017(96), alors que les ressources pour la prévention et les soins du VIH sont rares dans les pays hôtes. Des lignes directrices relatives aux approches globales de la santé mentale des personnes en situation d'urgence sont disponibles, à l'instar des directives pour les soins du VIH.(97)-(98, 99) Les migrants sont également exposés à un risque d'accès insuffisant aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Le statut d'immigration, la langue et les barrières culturelles, les prix élevés des services et l'hostilité perçue et réelle dans le nouveau contexte, peut limiter le recours aux services.(13)
61. Les personnes en prison et dans d'autres établissements fermés dans le monde incluent un nombre disproportionné de personnes qui consomment des drogues et de personnes souffrant de troubles de santé mentale. Cette proportion peut s'élever à 90% dans certains pays à revenus élevés et des données sont insuffisantes pour estimer cette proportion dans la plupart des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires(100). Le problème afférent aux troubles de santé mentale dans les prisons et autres établissements fermés peut être plus aigu dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires que dans les pays à revenus élevés étant donné que les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires disposent de moins de ressources pour les soins psychiatriques.
62. Les violations des droits de l'homme dans ces établissements incluent les violences et les agressions physiques, les violences psychologiques ainsi que des conditions de détention illégales(100). L'accès aux soins de santé de qualité, que ce soit pour le VIH, la réduction des risques, l'alcoolisme et la toxicomanie ou les troubles de santé mentale, est généralement complexe dans ces contextes. Aussi, ni les prisons, ni les espaces confinés ne devraient être considérés comme des alternatives aux services de santé mentale communautaires. Toutefois, les modèles de fourniture de soins peuvent être développés et mis en place pour les personnes dans ces situations, de telle sorte que les personnes en prison et dans d'autres établissements fermés puissent bénéficier de meilleurs soins durant leur confinement.
63. Les communautés autochtones et/ou locales peuvent être exposées à de nombreuses vulnérabilités sociales et économiques qui augmentent la vulnérabilité et le risque afférent au VIH, à savoir l'exclusion sociale, les expériences traumatisantes dans la petite enfance, un logement et un emploi instables, une addiction aux drogues et une insécurité alimentaire(101). La distribution de ces déterminants sociaux de la santé contribue à une hausse de la mortalité

et de la morbidité et à des résultats de santé plus mauvais parmi les communautés autochtones et/ou locales(101). Par exemple, les Canadiens autochtones, représentant 4,3% de la population, représentaient 18,8% des cas de SIDA en 2011 (102).

64. Une analyse récente des déterminants de l'infection au VIH parmi les autochtones en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, a permis d'identifier un désavantage social, des taux élevés de consommation de drogues par injection, un accès limité aux soins de santé basés sur la culture et compétents et une exposition à la stigmatisation et la discrimination, comme étant des facteurs de risque accru d'infection au VIH (101). Les disparités en termes de santé mentale parmi quelques groupes autochtones mettent en évidence des taux élevés de suicide qui excèdent les moyennes nationales. Les taux de suicide parmi les Nenets en Russie du Nord-Ouest étaient 1,6 fois plus élevés que parmi les étrangers au cours des dix dernières années ; les taux de suicide parmi les populations autochtones de l'Alaska étaient deux fois plus élevés que parmi les non indigènes au cours de la même période, sachant que les jeunes hommes étaient affectés de manière disproportionnée (103). La conservation du lien avec les plus âgés, les pratiques culturelles traditionnelles et les approches globales du bien-être peut améliorer la santé mentale (104).
65. Les Roms ont été persécutés et discriminés tout au long de leur histoire en Europe (105). Toutefois, des disparités dans les résultats afférents à la santé des enfants, la prévalence des maladies non transmissibles et le suicide, ayant fait l'objet d'une étude largement insuffisante, ont été rapportées (105). Un risque élevé d'infection au VIH parmi les hommes dans certaines communautés Roms a été associé aux partenaires sexuels concomitants, aux faibles taux d'utilisation du préservatif et à la consommation de drogues (106).

RIPOSTES

Améliorer le bien-être et la qualité de vie durant le parcours de vie

66. Les opportunités permettant de prévenir ou de traiter le VIH et de promouvoir la santé mentale et le bien-être psychosocial existent durant le parcours de vie entier.
67. L'amélioration de la santé des femmes en garantissant un accès à la santé reproductive et au planning familial, à une bonne alimentation, à l'égalité des genres et à la prévention et aux protections contre les violences domestiques, jette les fondations d'une vie saine (107). La prévention primaire du VIH et la prévention des grossesses non désirées œuvrent en faveur de la santé des femmes et peut prévenir la transmission verticale du VIH. Les programmes de contrôle et de prévention de la malnutrition durant la grossesse et la petite enfance améliorent le développement neurologique et prévient les maladies non transmissibles, y compris la dépression à un stade ultérieur de la vie(108, 109). Le traitement des troubles courants de santé mentale durant la grossesse et après la naissance d'un enfant, en assurant une bonne alimentation durant la grossesse, un accès au ARV pour les femmes vivant avec le VIH(110), et en prévenant plusieurs maladies infectieuses, peut permettre de prévenir les troubles affectant le développement social, émotionnel et cognitif des bébés et des enfants.(111)
68. Les 1000 premiers jours de la vie - jusqu'à l'âge de 2 ans -sont une période sensible pour le développement cérébral. L'exposition à la pauvreté, à la malnutrition et aux traumatismes durant cette période peut affecter le potentiel de croissance de l'enfant sain, de cognition et de développement mental durant l'enfance(111). Une alimentation appropriée est cruciale durant cette période, à savoir dans le cadre de l'approche plus large des soins dispensés aux enfants, étant la base d'un dû développement de l'enfant(107). L'accès à un enseignement primaire de qualité, un environnement familial aimant et un soutien parental, améliorent le bien-être mental et psychosocial et le développement cognitif durant l'enfance(107). En ce qui concerne les bébés et les jeunes enfants infectés par le VIH, l'accès à la TAR et la transmission aux parents des compétences et la fourniture d'un support (tant pratique que financier) afin de permettre un

soutien parental sensible et adapté et de créer des environnements stimulants, sont particulièrement importants (voir le Cadre 2).(110)

Cadre 2. Bien-être psychosocial et interventions sur la santé mentale pour les enfants et les familles au Rwanda et en République Unie de Tanzanie

Cas 1: La Family Strengthening Intervention au Rwanda.

La Family Strengthening Intervention (FSI-HIV), une intervention domiciliaire familiale ayant pour objet de promouvoir la santé mentale et d'améliorer les relations parents-enfants dans les familles disposant d'aidants non professionnels vivant avec le VIH, a été proposée aux familles au Rwanda.

Quatre-vingt-deux familles (170 enfants et 123 aidants) possédant au moins un aidant séropositif et un enfant en âge scolaire ont été randomisées pour bénéficier de l'intervention ou du traitement normal. Les adjoints locaux à la recherche ont évalué la santé mentale des enfants, les pratiques parentales et le fonctionnement familial au début, après l'intervention et durant une période de suivi de trois mois.

Au terme de la période de suivi de 3 mois, les enfants ayant bénéficié de l'intervention présentaient moins de symptômes de dépression par rapport à ceux inclus dans le groupe de traitement courant, ce qui suggère que la prévention fondée sur la famille est prometteuse en termes de réduction des symptômes de dépression parmi les enfants affectés par le VIH.

La participation à l'intervention a été associée à des réductions significatives dans les symptômes de dépression parmi les enfants au terme de la période de suivi de trois mois. Les enfants et aidants ont rapporté un degré de satisfaction élevé par rapport à l'intervention, qui a pour objet d'activer une meilleure communication familiale afin de stimuler les relations saines parents-enfants et de prévenir les problèmes de santé mentale chez les enfants. Pour de nombreuses familles, l'intervention a permis de mener leurs premières discussions approfondies sur le VIH avec leurs enfants

UNAIDS/PCB (43)/CRP2 Rwanda

Cas 2 : Stepping Stones with Children : une approche psychosociale ayant pour objet de créer une résilience parmi les enfants infectés par le VIH.

Pour les enfants vivant avec le VIH et qui sont sous TAR, l'observance du traitement est primordiale.(112) Ce projet, qui se focalise sur les enfants de 5 à 14 ans, préconise une approche transformative afin de soutenir les enfants infectés par le VIH (essentiellement ceux vivant avec le VIH) et leurs aidants.

Le projet a développé, publié et piloté l'utilisation des documents relatifs à « Stepping Stones with Children », y compris un manuel décrivant les 29 sessions de formation couvrant une large palette de sujets, avec un cadre ciblant le genre et les droits de l'enfant. Les sessions reposent sur une approche d'enquête appréciative basée sur les acquis et centrée sur les solutions et se concentrant sur les capacités plutôt que sur les problèmes et réaffirmant l'importance des mérites, tels que la gentillesse et le courage. La plupart des activités sont menées avec les participants travaillant dans des groupes de comparaison composés de jeunes enfants (5–8 ans), d'enfants plus âgés (9–14 ans) et d'aidants, parfois scindés selon le genre.

Quatre ateliers regroupant 185 participants ont été organisés en République Unie de Tanzanie. Le contrôle et l'évaluation ont démontré une augmentation substantielle dans la « divulgation » du statut séropositif aux enfants - de 27% à 93%. L'évaluation des données cliniques avant et après les ateliers a démontré une augmentation statistique importante du taux de CD4 parmi les enfants participant et vivant avec le VIH par rapport au groupe de contrôle. Le gain de poids moyen était de 3,5 kg parmi les enfants participant et de 1,33 parmi le groupe de contrôle. Les enfants et les aidants ont rapporté des taux élevés de satisfaction, d'estime de soi et d'optimisme dans l'avenir. Dans certaines communautés, les participants continuent de se rencontrer régulièrement.

UNAIDS/PCB (43)/CRP2 Tanzanie

69. La stimulation des liens sociaux au sein de la famille, de l'école et avec les pairs, peut atténuer certaines menaces mettant en danger la santé mentale et le bien-être s'accumulant durant l'adolescence. Une bonne santé mentale permet d'améliorer la prise de conscience, plus particulièrement parmi les jeunes adolescentes et les jeunes femmes, et de réduire les comportements sexuels à risques. La mise à disposition au sein du milieu scolaire de programmes de prévention, de cours d'éducation sexuelle globaux, et de changement des comportements et une prophylaxie pré-exposition engendrent une réduction supplémentaire du risque.
70. Les interventions psychosociales se focalisant sur le développement de la résolution des problèmes des adolescents, sur les compétences sociales et émotionnelles, ont démontré toute leur efficacité dans l'amélioration de la santé mentale et dans la réduction de l'occurrence des problèmes émotionnels et comportementaux. L'effet est particulièrement important si les interventions s'accompagnent d'autres activités s'attaquant aux facteurs contextuels au sein de la famille, de l'école et de la communauté (14, 113). Les interventions fournissent également les compétences de base permettant de promouvoir des comportements sains et de prévenir ou de réduire les comportements dangereux pour la santé, tels que la violence (y compris, le harcèlement), le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. Impliquer les jeunes dans l'activisme communautaire semble être également bénéfique(113).
71. Les adolescents vivant avec le VIH, y compris ceux qui sont nés avec le VIH, ont des besoins de santé et de support spécifiques. Ils incluent le support dans la manière de divulguer leur statut séropositif, de réagir face à la stigmatisation, y compris la stigmatisation intériorisée, et dans le soutien à l'observance du traitement. (voir le Cadre 3). Des interventions spécifiques sont également nécessaires afin de supporter le bien-être des jeunes faisant parti des populations-clés, pouvant faire l'objet d'une double stigmatisation, criminalisation et/ou pouvant nécessiter le consentement de leurs parents afin d'accéder aux soins de santé, y compris les services de santé mentale.

Cadre 3. Responsabiliser et soutenir les adolescents dans les pays africains

Cas 1 : READY+ (Adolescents et jeunes résilients, responsabilisés)

READY+ promeut un environnement qui induit des choix sains en matière de sexualité. Il a pour objet d'améliorer le bien-être physique et psychologique des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH ; de réduire les risques de grossesses non désirées, d'infections sexuellement transmises, de transmission du VIH de la mère à l'enfant et de complications maternelles, et d'améliorer l'observance de la TAR.

Du mois d'octobre 2016 au mois de juin 2018, READY+ a rencontré plus de 14.000 adolescents et jeunes vivant avec le VIH et leur a communiqué des informations sur la santé sexuelle et reproductive, leurs droits et le VIH dans des lieux sécurisés dans des établissements de santé et communautaires. Au total, 287 agents d'appui communautaires au traitement des adolescents (CATS) ont été formés ; et les CATS ont rencontré 10.703 adolescents et jeunes vivant avec le VIH dans le cadre de leurs visites individuelles. Les services de soutien psychosocial fournis incluaient la divulgation et/ou le soutien face à la stigmatisation et des conseils émotionnels/psychologiques. D'autres services fournis incluaient des conseils en matière d'adhésion, des conseils à ceux qui abandonnent la TAR, la distribution de comprimés TAR et le contrôle de la charge virale.

READY+ a été mis en place par un consortium mené par l'Alliance Internationale contre le VIH/SIDA. Il produit ses effets en Eswatini, au Mozambique, en République Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, où il a été lancé par les Ministères respectifs de la Santé et de l'Éducation.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2)

Cas 2 : Ask, Boost, Connect, Discuss pour une meilleure santé mentale des mères adolescentes vivant avec le VIH en Afrique

L'intervention ABCD (Ask, Boost, Connect, Discuss) a pour objet de réduire le taux de dépression parmi les jeunes mères vivant avec le VIH. Actuellement en cours de développement, ABCD inclut des jeunes mères et des pairs vivant avec le VIH dans des groupes de discussions et une conception visuelle participative. Il utilise une appli afin de faciliter la fourniture des interventions de santé mentale.

L'intervention se compose de quatre éléments principaux :

- ASK: les pairs évaluent la dépression maternelle en utilisant l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg ;
- BOOST : Fourniture d'une version adaptée du programme Thinking Healthy Programme approuvé par l'OMS [2], par les pairs, assistés par une plate-forme d'applications pour téléphone mobile proposant les contenus du programme et un accès à un réseau de support fourni par les pairs ;
- CONNECT: Aide les jeunes mères à accéder à d'autres services de santé mentale. Tout cas urgent, tel qu'une dépression profonde ou des tendances suicidaires, est directement rapporté aux services spécialisés de santé mentale ; et
- DISCUSS : Supervision mobile des pairs par des spécialistes sur les forums de discussion.

Une étude pilote d'ABCD sera mise en œuvre dans cinq pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Malawi, Ouganda, Zambie, République Unie de Tanzanie) par l'ONG Paediatric Adolescent Treatment Africa.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2)

Cas 3 : Mzantsi Wakho

L'Afrique du Sud est le pays abritant la plus grande population au monde d'adolescents vivant avec le VIH.(114) Mzantsi Wakho désigne la plus grande cohorte longitudinale au monde d'adolescents vivant avec le VIH. En 2015-2018, l'étude a combiné des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives afin d'identifier les facteurs contribuant à l'adhésion à long terme des adolescents à la TAR. Mzantsi Wakho essaie de répondre aux questions sur la santé des jeunes en se focalisant sur le traitement médicamenteux à long terme, la contraception et la santé sexuelle et reproductive.

Des analyses récentes de la cohorte Mzantsi Wakho démontrent qu'une santé mentale défaillante et l'exposition à la violence sont des facteurs de risque majeurs entravant une observance à long terme de la TAR parmi les adolescents vivant avec le VIH. Cela souligne qu'il est important d'aborder la santé mentale et la prévention des violences afin d'améliorer l'observance de la TAR parmi les adolescents. Les constatations supplémentaires sélectionnées incluent :

- La réduction de la stigmatisation peut avoir des effets positifs sur la santé mentale des adolescents vivant avec le VIH. La stigmatisation intériorisée a été associée à une santé mentale défaillante. La stigmatisation réelle a été associée à davantage de stress post-traumatique et la stigmatisation anticipée a été associée à une anxiété plus élevée. S'attaquer à la discrimination faite aux adolescents vivant avec le VIH et à la victimisation résultant des violences familiales, à l'école et dans les communautés, peut être essentiel afin de couper les voies menant au risque de stigmatisation intériorisée afférente au VIH.(115)
- Près de la moitié des adolescents vivant avec le VIH et inclus dans l'étude ont subi un certain degré de stigmatisation afférente au VIH, ce qui constitue un facteur de risque de suicide et de dépression, particulièrement parmi les adolescents vivant avec le VIH. Un soutien social mieux perçu a été directement associé à une réduction du taux de dépression, au contraire de l'inclusion dans un groupe de soutien clinique. Les constatations soulignent le potentiel du soutien social considéré comme un facteur de protection important de la santé mentale en général et une ressource ayant un effet tampon sur le stress des adolescents vivant avec le VIH.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2)

72. À l'âge adulte, une alimentation saine et les exercices permettent de conserver une bonne santé et contribuent à la santé émotionnelle et cognitive. L'accès aux soins de santé mentale sur le lieu de travail et au sein de la communauté peuvent permettre de prévenir une incapacité et une absence prolongée au travail ainsi qu'un fonctionnement défaillant au sein de la famille (116). L'initiation et l'observance de la TAR dans le contexte de services de soins primaires et préventifs de qualité peuvent contribuer à la conservation de la santé. Outre le secteur des soins de santé, les initiatives de lutte contre la pauvreté, les lois et politiques peuvent faciliter l'accès aux soins, à l'alimentation, aux revenus et à d'autres ressources permettant de maintenir le bien-être. L'engagement social et communautaire peut également profiter à la santé : dans certaines communautés ethniques minoritaires, l'activisme et la mobilisation communautaire sont liés au bien-être(117).
73. Chez les adultes plus âgés, la préservation de l'activité mentale via un apprentissage continu, le travail, les exercices et la conservation de la santé, profite également à la santé mentale et au bien-être psychosocial. Les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque plus élevé de développer des maladies non transmissibles, et plus spécifiquement, des maladies cardiovasculaires, de la dépression et du diabète, qui affichent également des liens avec l'alimentation (118). Dès lors, il est important de garantir que le dépistage, la prévention et le

traitement des maladies cardiovasculaires via l'arrêt du tabagisme, le contrôle de la tension et la gestion du cholestérol, soient réguliers (118). Le dépistage de la dépression et la fourniture d'un traitement approprié profitent à la santé mentale et aux soins VIH. Idéalement, les services relatifs aux maladies non transmissibles, y compris le dépistage et les soins de la dépression, devraient être intégrés dans les plates-formes de gestion des soins du VIH.(74)

74. La fourniture d'informations, l'acquisition de compétences, la réduction des attitudes négatives, les conseils et/ou les groupes de soutien aux personnes vivant avec le VIH infectées par le VIH, peuvent réduire la stigmatisation associée au statut VIH, à la toxicomanie et/ou aux troubles de la santé mentale.(119)
75. Un environnement légal propice vierge de toutes lois discriminatoires et pénales (par ex., la criminalisation de la consommation de drogue, la non-divulgation du VIH, l'exposition et la transmission, le travail du sexe et le sexe entre adultes consentants du même sexe) et fournissant une protection légale contre la discrimination relative au statut de séropositivité et/ou aux troubles de santé mentale, peut également réduire la stigmatisation.
76. Améliorer les connaissances du traitement parmi les communautés et les prestataires de soins de santé, y compris la dissémination d'informations sur le traitement et la prévention, pourraient réduire la stigmatisation et augmenter la volonté d'initier le traitement (120). Il a également été démontré que les contacts sociaux représentent une intervention efficace pour réduire la stigmatisation associée aux troubles de la santé mentale (121). Vu la complexité de la stigmatisation, particulièrement pour les groupes vulnérables, les interventions devraient être menées à de nombreux niveaux : les comportements individuels et les connaissances ; les relations interpersonnelles ; les structures organisationnelles ; les valeurs, normes et comportements communautaires et les politiques publiques (119).

Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH

77. L'accès à des services de santé mentale de qualité remplit des fonctions tant préventives que curatives. Les soins de la dépression des femmes enceintes et en période post-partum peuvent préserver la santé des femmes et permettent de prévenir les problèmes de santé mentale chez leurs enfants. Dans de nombreux endroits, toutefois, le déficit de spécialistes et l'insuffisance des investissements dans les troubles de la santé mentale et les programmes relatifs à la consommation de drogues limitent l'accès à de tels services.
78. Au niveau mondial, le nombre moyen de prestataires de soins de santé mentale par 100.000 habitants est de 9 ; on dénombre, en moyenne, 1 psychiatre par 100.000 personnes. Le nombre de travailleurs sociaux et de psychologues chargés de répondre aux besoins de soins de santé mentale dans le monde entier, est encore plus réduit (122). Les obstacles relatifs à la stigmatisation et à des soins de piètre qualité ou inconsiderés, limitent également l'accès. Progressivement, les solutions numériques peuvent permettre de combler ce manque dans les soins de santé mentale (voir Cadre 4).(20)

Cadre 4. « Living Positive with HIV » : Un programme d'auto-assistance en ligne pour les personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes dépressifs aux Pays-Bas.

Le programme en ligne « Living Positive with HIV » se compose d'un site Internet proposant des leçons sur la manière de réduire les symptômes dépressifs. Il propose un module psycho-éducatif et des exercices se fondant sur des techniques factuelles telles que la thérapie comportementale cognitive et les entretiens motivationnels. Le programme est disponible en néerlandais et en anglais et peut être facilement traduit dans d'autres langues. Le programme se compose de 8 leçons (une leçon par semaine) se focalisant sur quatre principaux sujets : l'activation, la relaxation, le changement des cognitions négatives et la concrétisation des objectifs. Le programme peut être exécuté avec ou sans encadrement (minimal).

L'objectif de ce programme est de réduire les symptômes dépressifs parmi les personnes vivant avec le VIH et de promouvoir une meilleure santé mentale, une meilleure observance du traitement médicamenteux et des taux nuls de transmission du VIH. Le programme est actuellement mis en œuvre aux Pays-Bas par l'Université de Leiden.

Un essai comparatif aléatoire a démontré que le programme est efficace dans la réduction des symptômes dépressifs, dans l'amélioration de la qualité de vie, et qu'il est rentable. Le programme est actuellement testé au Botswana.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2 Pays-Bas)

79. Afin de remédier au déficit de spécialistes des soins de santé mentale, les prestataires de services ont privilégié le transfert ou le partage des tâches afin de fournir des interventions factuelles sur la santé mentale. Les travailleurs aux tâches partagées composent le personnel dispensant les soins primaires, les travailleurs communautaires de la santé et les pairs. Une supervision permanente appropriée est importante pour garantir des soins de qualité.
80. De nombreuses études menées dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires démontrent que des prestataires (dont les agents de santé non professionnels) peuvent efficacement fournir des interventions psychologiques factuelles, telles que la thérapie comportementale cognitive, la psychothérapie interpersonnelle ou la thérapie de résolution des problèmes pour les troubles courants de santé mentale, tels que la dépression (123-128). Cela laisse à penser que ces mêmes compétences pourraient être transférées aux prestataires de soins du VIH dans le cadre d'un programme de soins intégrés.(129, 130)
81. Les médicaments peuvent traiter avec succès les symptômes des troubles courants de santé mentale dans le cadre des soins du VIH. La catégorie des anti-dépresseurs connue sous le nom d'Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) réduit efficacement les symptômes dépressifs et d'anxiété chez les personnes souffrant de dépression modérée à grave et/ou d'anxiété. Elle a peu d'effets secondaires par rapport aux autres catégories d'anti-dépresseurs. Elle est de plus en plus disponible dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires et peut être administrée aux personnes suivant une TAR.(86)
82. Certains inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (par ex., le citalopram) peuvent induire des effets anti-inflammatoires et réduire la sensibilité cellulaire à l'infection au VIH(131). L'efficacité des thérapies psychologiques factuelles sur les troubles courants de santé mentale et des médicaments offre aux praticiens des options leur permettant d'adapter le traitement des troubles courants de santé mentale en fonction des ressources locales et selon les préférences et profils de symptômes des personnes recherchant des soins.

83. Le programme Mental Health Gap Action de l'OMS (mhGAP) fournit une orientation aux prestataires de soins de santé non spécialisés sur la gestion de plusieurs troubles de santé mentale. Le Guide d'intervention propose des protocoles factuels pour les soins des personnes souffrant de dépression, de psychose, de troubles bipolaires, d'épilepsie, de démence, d'alcoolisme, de toxicomanie ainsi que pour les troubles du développement et comportementaux des enfants et adolescents et de ceux exposés au risque d'automutilation/de suicide (132). Une version mobile du Guide d'intervention est également disponible. Des méthodes structurées et du matériel de formation ont été développés et utilisés afin de former le personnel des soins de santé primaires. Un Manuel d'exploitation guide les planificateurs et gestionnaires du programme.
84. QualityRights désigne la réponse mondiale de l'OMS afin d'améliorer la qualité des services de soins de santé mentale et sociaux et de promouvoir les droits humains des personnes souffrant de troubles de santé mentale et psychosociaux. Les principaux outils et normes ont été publiés, y compris le guide d'évaluation des QualityRights de l'OMS ainsi qu'un ensemble de 15 documents d'orientation et de formation sur la santé mentale, les droits de l'homme et la réadaptation. Le guide promeut les stratégies ayant pour objet de mettre fin à l'admission et au traitement non volontaires, à l'isolement et la contention ainsi qu'à d'autres pratiques coercitives, et stimule les mesures et pratiques, conformément au CDPH, visant à promouvoir les soins centrés sur les personnes et visant à faciliter la réadaptation, à encourager la capacité légale, le consentement éclairé, l'inclusion au sein de la communauté et le droit à la sécurité et la liberté de la personne.
85. Des interventions simples et rentables existent pour la dépendance aux drogues et pour la réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues (y compris les opioïdes). Les personnes qui s'injectent des opiacés peuvent bénéficier d'une thérapie d'entretien à la méthadone, qui a été associée à une réduction de 54% du risque d'infection au VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Toutefois, de nombreux pays renâclent à mettre en œuvre des approches ayant fait leurs preuves. Seuls quelque 50% des pays rapportant une consommation de drogues par injection ont mis en place des programmes efficaces de réduction des risques. Idéalement, les programmes devraient inclure une équipe multidisciplinaire, alimentée par les ressources humaines locales, afin de supporter les soins globaux privilégiant le bien-être et la qualité de vie (voir le Cadre 5).

Cadre 5. Programme « Integra Saúde SP » - Associer la sensibilisation et les services aux populations-clés et les consommateurs de substances psychoactives à São Paulo

Le programme « Integra Saúde SP » désigne un effort intégré du Reference Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs et du Center for Reference and Training in AIDS du Secrétariat d'État de São Paulo au Brésil. L'initiative permet de nouer un contact régulier avec les consommateurs de substances psychoactives, vivant dans la région centrale de la ville de São Paulo (n = 541.000 habitants), ou de la ville entière (10 millions d'habitants), y compris les cas urgents

Quelque 70% des consommateurs faisant appel au programme sont des sans-abris et incluent les femmes enceintes, les transgenres, les immigrants de pays africains, les personnes souffrant de troubles de santé mentale.

Le programme propose une large palette de services proposant un accès aux douches, à une salle de sports, à une cuisine expérimentale et aux laboratoires de musique, d'art et d'informatique. En ce qui concerne les femmes en âge de procréer, le programme propose – via un partenariat avec le Women's Reference Center – des conseils sexuels, des examens de routine et des implants volontaires d'hormones progestatives.

Le programme peut également orienter les personnes vers les services de traitement, y compris la désintoxication. Les personnes ne nécessitant pas des interventions urgentes sont évaluées par un travailleur social et un psychologue. Si nécessaire, elles sont ensuite dirigées vers un traitement communautaire dans un centre de soins psychologiques. Le Centre de référence propose également aux lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transgenres un programme qui propose des groupes de santé, des loisirs, un support psychologique et davantage encore.

Intégration des services pour le VIH, la toxicomanie et la santé mentale

86. L'intégration est une des sept actions-clés pour l'amélioration de la santé mentale des populations (20). L'intégration des services HIV et de santé mentale implique la reconnaissance des liens bilatéraux entre la santé mentale et le VIH. Elle reflète également les valeurs partagées d'augmentation de la prise de conscience individuelle et de réduction des disparités dans l'accès aux services et aux soins de qualité.
87. La Commission Lancet sur la Santé mentale mondiale et le Développement durable recommande de privilégier les services de santé mentale comme une composante de la CUS et de les intégrer avec les soins d'autres troubles tels que les services VIH, les maladies non transmissibles et les programmes de santé maternels et pour les enfants. Il convient de souligner que les interventions factuelles pour le traitement de la dépression et d'autres troubles de la santé mentale peuvent être proposées dans divers contextes socioculturels et de systèmes de santé (49). L'intégration des services devrait s'accompagner d'un engagement à créer et maintenir des structures qui réduisent la stigmatisation, la discrimination, ainsi que d'autres droits légaux, sociaux et humains ou d'identité de genre.
88. Une étude récente a identifié plusieurs modèles d'intégration de la santé mentale et du VIH ainsi que de la toxicomanie, de la santé mentale et des services VIH (133). L'intégration peut être réalisée au niveau du système de santé ou de fourniture, bien que des études démontrent qu'elle semble survenir dans des établissements uniques. Les exemples incluent l'intégration des services de santé mentale et du VIH avec d'autres services tels que les soins primaires, les soins obstétricaux et gynécologiques, les services TB ou les soins des maladies non transmissibles.(133)

89. D'autres études décrivent des modèles d'intégration multi-établissements où les mécanismes de référence sont établis entre les agences ou au sein d'un réseau de prestataires collaborant (133). Cela peut induire le renvoi de personnes nécessitant des services de soins de santé vers un groupe spécifique de spécialistes ou un réseau particulier de services de santé mentale. Un autre modèle recourt à la coordination des soins par un prestataire non spécialisé (par ex., une infirmière ou un travailleur social comme gestionnaire de cas) qui élabore un plan de traitement et coordonne les renvois et les soins (133). Globalement, les services intégrés peuvent être associés à de meilleurs résultats en termes de santé et de soins (133).
90. L'infrastructure de soins VIH et de santé mentale ou de toxicomanie peut servir de point de convergence pour les services d'intégration dans les pays à revenus élevés et dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires. Des pratiques prometteuses et des interventions efficaces ont été rapportées dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires dans lesquels les ressources de soins de santé mentale sont rares. Dans un exemple, des conseillers en matière d'adhésion chargés ont été formés afin d'utiliser la thérapie de résolution des problèmes afin d'améliorer l'adhésion aux soins du VIH et de gérer la dépression dans les établissements de soins du VIH au Zimbabwe (129). Un autre exemple a utilisé un groupe de soutien qui a intégré des thérapies psychologiques factuelles afin de gérer les symptômes des troubles courants de santé mentale en Ouganda (voir Cadre 6) (134). La Friendship Bench intervention (Cadre 6) utilise une thérapie psychologique factuelle dans les établissements de premiers soins dans lesquels les services VIH sont également fournis (126, 135). Des exemples de soins VIH intégrés dans les services de soins de santé mentale sont moins nombreux dans les pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires. Au Rwanda, les conseils, le dépistage et les soins du VIH ont été intégrés dans un hôpital psychiatrique de soins tertiaires,(136) et parallèlement aux efforts d'intégration des soins dans les hôpitaux du district.

Cadre 6. Gestion de la dépression et obtention de meilleurs résultats relatifs au VIH pour les personnes vivant avec le VIH : Malawi, Ouganda et Zimbabwe

Cas 1 : Programme de santé mentale SOAR-Malawi

Le traitement de la dépression a été intégré dans deux hôpitaux du secteur public dispensant les premiers soins du VIH à Lilongwe, Malawi, dans le cadre d'un partenariat entre le Ministre national de la Santé et l'Université de Caroline du Nord aux États-Unis d'Amérique.

Le programme inclut un dépistage universel de la dépression en utilisant le Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), la confirmation clinique de la dépression en utilisant le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), l'évaluation de sécurité pour les patients rapportant des idées suicidaires, la spécification d'un plan de traitement incluant la gestion des anti-dépresseurs et/ou des conseils psychosociaux, et un contrôle régulier lors de visites de suivi aux fins d'une évaluation du besoin de modification du plan de traitement.

Quelque 25% des patients examinés ont été diagnostiqués comme souffrant de symptômes dépressifs légers, modérés ou graves et quelque 7% de symptômes modérés ou graves. Quelque 5% des patients ont rapporté des idées suicidaires et 94% des personnes rapportant ces idées ont complété une évaluation de sécurité. Parmi ces patients ayant débuté un traitement avec des anti-dépresseurs, les scores des symptômes dépressifs ont été réduits à la médiane de 0 dans un délai de 3 mois ; et la proportion rapportant des idées noires a chuté de 39% à 10%. Parmi les patients débutant le cycle de conseils psychosociaux, les scores des symptômes dépressifs ont également été réduits à la médiane de 0 après 3 mois et la proportion rapportant des idées noires a chuté de 39% à 7%.

Cette étude devrait également démontrer l'efficacité et la rentabilité du traitement de la dépression intégré avec les soins du VIH afin d'atteindre les objectifs 90-90-90 ainsi qu'un modèle de traitement de la dépression avec des soins échelonnés qui sera implémenté au Malawi ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Les données relatives aux résultats afférents au VIH et à la rentabilité seront disponibles à la mi-2019.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2Malawi)

Cas 2 : L'émancipation sociale, émotionnelle et économique via la connaissance de la psychothérapie de groupe

Knowledge of Group Support Psychotherapy résulte d'une collaboration entre l'Université ougandaise de Makerere University, le Ministère de la Santé et L'organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA . Le projet a mis en œuvre une psychothérapie de groupe à dimension culturelle pour le traitement de la dépression dans 30 hôpitaux traitant le VIH et se situant dans 30 installations de soins de santé primaires dans trois districts dans le Nord de l'Ouganda.

L'efficacité de la psychothérapie de groupe a été évaluée dans le cadre d'un essai pilote comparatif aléatoire.(134) Il a été démontré que lorsqu'elle est fournie par des agents de santé non professionnels, la méthode a permis de traiter efficacement la dépression légère à modérée des personnes vivant avec le VIH. L'effet est entretenu et plus important à long terme (12 mois après le traitement). De même, elle a efficacement réduit les symptômes de stress post-traumatique et d'alcoolisme et a amélioré la suppression de la charge virale parmi les personnes vivant avec le VIH.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2 Ouganda)

Cas 3 : Le Friendship Bench

Le projet Friendship Bench forme les agents de santé non professionnels à traiter la dépression en dehors des établissements hospitaliers en utilisant une technique appelée la thérapie de la résolution des problèmes. Le travail pilote et l'essai clinique ont été menés dans les « banlieues » à faibles revenus ou « townships » au Sud de Harare, Zimbabwe.

Les bancs, installés dans la communauté, représentant la plate-forme de la thérapie. Dans le cadre d'un essai clinique mené sur 560 adultes âgés de 18 ans et plus, quelque 40% des participants vivaient avec le VIH. Les personnes ayant bénéficié de la thérapie, y compris celles vivant avec le VIH, ont constaté une réduction de leurs symptômes de dépression et de leur incapacité après 6 mois de suivi, par rapport à celles ayant bénéficié des soins améliorés standard.(126)

Quelque 70.000 personnes au Zimbabwe ont eu recours au « Bench ». L'équipe collabore actuellement avec l'Institut national américain pour la santé mentale et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) afin de mener une étude ayant pour objet d'évaluer l'impact parmi les personnes vivant.

(UNAIDS/PCB (43)/CRP2 Royaume-Uni et Zimbabwe)

Intégration de la santé mentale dans les programmes VIH

91. Les opportunités d'intégration des services de santé mentale aux programmes relatifs au VIH sont constatées dans le continuum de prévention et des soins. Dans le contexte de la prévention du VIH, il est important de garantir que les interventions globales en matière de prévention du VIH, y compris la réduction des risques, une éducation sexuelle complète, et les interventions ciblées en matière de changement comportemental intègrent les composants de promotion du bien-être mental.
92. Les établissements de dépistage et de diagnostic du VIH doivent s'attaquer à la stigmatisation associée au dépistage du VIH et à la stigmatisation et la discrimination envers les populations-clés. Ils doivent également garantir un accès au dépistage du VIH pour les personnes présentant des troubles de santé mentale ainsi que pour les autres populations-clés ; et ils doivent encourager le dépistage volontaire du VIH dans les établissements communautaires de services de soins de santé mentale et dans les établissements de traitement des patients hospitalisés.
93. Les interventions psychosociales devraient être proposées dans le cadre d'un ensemble intégré de services incluant la TAR et les services de santé sexuelle et reproductive et en collaboration avec les organisations communautaires. L'accès à un traitement de qualité garantissant la dignité des personnes, y compris les personnes souffrant de troubles de santé mentale, est un élément essentiel de l'approche du VIH basée sur les droits. Un encouragement à l'adhésion devrait être fourni à toutes les personnes suivant la TAR et ceux-ci devraient également pouvoir accéder au dépistage et au traitement des troubles de santé mentale (pré-existants ou non), y compris la dépression et l'anxiété, et également au soutien social, y compris le support des pairs, afin d'améliorer leur qualité de vie.
94. La prévention et le dépistage du VIH ainsi que le renvoi vers le traitement devraient être intégrés dans les établissements communautaires et de traitement domiciliaire de la dépendance aux drogues et à l'alcool.
95. Une éducation et une formation aux droits de l'homme devaient être fournies au personnel des soins de santé, au personnel des prisons et aux autres professionnels concernés, avec une focalisation sur la non-discrimination, le consentement libre et éclairé et le respect de la

confidentialité et de la vie privée. Les prestataires de soins pour le VIH (y compris les prestataires non professionnels) devraient également être formés afin de dépister les troubles de santé mentale, l'alcoolisme et la toxicomanie (voir le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS) et de proposer une intervention psychologique de faible intensité pour la dépression et l'anxiété.

96. Une formation aux techniques de traitement personnel de base (par ex., la relaxation, l'activité physique, l'éducation sur la santé mentale, l'utilisation d'interventions de soutien psychosocial mobiles ou sur l'Internet) devrait être fournie aux personnes vivant avec et infectée par le VIH. L'identification des voies de renvoi et de consultation pour les personnes nécessitant des soins plus spécialisés, est également importante. L'accès à un accompagnement spirituel de soutien devrait également être facilité, le cas échéant.
97. Un élément important de l'approche fondée sur les droits pour le VIH et la santé mentale est l'engagement des personnes infectées dans la planification et l'implémentation des services, à l'instar de l'autonomisation des personnes vivant avec et infectée par le VIH et de celles souffrant de troubles de santé mentale, afin de connaître et d'exercer leurs droits. Le support des pairs est également indispensable. Il a été démontré qu'être un « aidant » peut briser le « cercle vicieux » de la stigmatisation intériorisée en un « cercle vertueux » (137, 138).

Intégration du VIH dans les services de santé mentale

98. Les services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH devraient être intégrés dans les services communautaires de santé mentale ou dans les premiers soins ainsi que dans les établissements de soins de santé mentale secondaires et tertiaires. Une formation devrait être dispensée aux professions de soins de santé mentale sur la prévention, le traitement et les soins du VIH, y compris sur l'importance du consentement éclairé, des conseils, de la confidentialité, de la réduction de la stigmatisation, plus particulièrement dans les milieux institutionnels.

Répondre aux besoins relatifs au VIH et à la santé mentale dans les prisons

99. La collaboration et la coordination parmi les parties prenantes, y compris les ministères de la Santé et les autres ministères chargés des prisons, ainsi que des prestataires de services communautaires, devraient être renforcées afin de garantir que les personnes emprisonnées ou confinées dans des milieux fermés aient accès aux soins intégrés de santé mentale et du VIH.² Les règles minimales pour le traitement des détenus adoptées par les Nations Unies (les règles de Nelson Mandela)³ disposent que : les administrations pénitentiaires devraient prévoir des aménagements et des adaptations raisonnables afin de garantir que les prisonniers souffrant de handicaps mentaux, physiques ou autres puissent accéder pleinement et efficacement à tous les éléments de la vie carcérale, et ce, sur une base équitable. Chaque prison devrait disposer d'un service de soins de santé dont la charge serait d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des prisonniers, en portant une attention particulière aux prisonniers nécessitant des soins de santé spéciaux ou souffrant de maladies qui entravent leur réhabilitation.

Engagement communautaire

100. Les communautés, y compris les organisations et les travailleurs communautaires, devraient être impliquées dans les efforts visant à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec et affectées par le VIH étant donné qu'elle participe à l'estime de soi, aux relations, aux familles, à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé, aux services sociaux et à l'accès à la justice. Les contrôleurs communautaires (parents, police, enseignants, aînés de la communauté et les

² http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

³ http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/175&referer=/english/&Lang=E

travailleurs communautaires) devraient être impliqués dans et formés à l'identification précoce des troubles de santé mentale et sur la fourniture d'interventions psychologiques évolutives.

101. Des programmes parentaux afin de stimuler le développement du jeune enfant devraient être réalisés au niveau communautaire. La création de groupes d'auto-assistance et le support de groupes de lutte contre la dépendance à l'alcool et aux drogues devraient être mis en place au niveau communautaire.

Intégration au niveau socio-politique

102. Les actions menées au niveau socio-politique incluent le traitement des déterminants sociaux communs du VIH, des troubles de santé mentale et de dépendance aux drogues et à l'alcool. Des campagnes afin d'améliorer les connaissances sur la santé mentale et la prise de conscience du VIH devraient être menées afin de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination. La collaboration et l'apprentissage partagé entre les initiatives et programmes luttant contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et à la santé mentale, devraient être stimulés.
103. Les pays devraient réviser et modifier les lois discriminatoires, y compris celles criminalisant la non-divulgation du VIH ainsi que des législations discriminant les populations-clés ou les personnes souffrant de troubles de santé mentale. La législation, les politiques et les plans stratégiques relatifs à la santé mentale devraient être révisés et mis à jour, le cas échéant, afin d'intégrer totalement une approche basée sur les droits de l'homme (voir Cadre 7). Les pays devraient décriminaliser les personnes toxicomanes et fournir des services globaux relatifs au VIH pour les personnes qui consomment des drogues, y compris la réduction des risques. La disponibilité et la demande d'alcool devraient être régulées, y compris l'imposition d'une limite d'âge minimal pour accéder à l'alcool.

Cadre 7. Atténuation stratégique afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale

En Zambie, la Loi de 1949 sur les maladies mentales dispose de la détention coercitive et indéfinie de personnes dans des prisons et des établissements psychiatriques en cas de soupçons de troubles psychosociaux. La loi confère de vastes pouvoirs à la police et aux membres de la communauté et leur permet d'identifier et de détenir des personnes soupçonnées de présenter des troubles de santé mentale, sans tenir compte de leurs droits à la liberté, à la capacité juridique et aux droits de procédure. En vertu de l'application de la loi, des personnes présentant des troubles psychosociaux sont encore privées de liberté et isolées et abusées.

Après plusieurs années d'activisme et de frustration résultant des retards dans la réforme juridique, trois personnes souffrant de troubles psychosociaux et le Mental Health Users Network of Zambia (MHUNZA) ont intenté un procès en 2016 visant le caractère constitutionnel de la Loi sur les maladies mentales.

En 2017, la Haute Cour de Zambie a jugé, dans l'affaire *Mwewa, Kasote et Katontoka contre le Procureur général et Autres*, qu'une disposition opérationnelle de la loi était non constitutionnelle étant donné qu'elle est discriminatoire et a appelé à une « profonde révision » de l'ensemble de la loi. De plus, elle a ordonné que les services de santé mentale doivent être dispensés au niveau des soins de santé primaires et que les personnes devraient être traitées dignement et dans le respect total de leurs droits.

Le Mental Health Users Network et les activistes handicapés ont utilisé le jugement pour réclamer une nouvelle législation sur la santé mentale. Ils ont également demandé aux activistes dans le domaine du VIH de se joindre à leurs efforts afférents à la réforme.

Au mois de novembre 2018, le Ministre de la Santé, a précisé que le Cabinet avait approuvé l'abrogation de la Loi sur la santé mentale qui avait été révisée pour la dernière fois en 1951. Le Ministre a déclaré que l'abrogation annulerait toutes descriptions dérogatoires utilisées pour désigner les patients souffrant de troubles mentaux et garantira une infrastructure décente et des soins pour les patients. Quelque 15 années de travail ont été nécessaires pour atteindre cet objectif. L'Acting National Mental Health Coordinator au Ministère de la Santé, a confirmé que le projet de loi sera présenté au Parlement au début du mois de décembre 2018. Le contenu de cette loi n'a pas encore été publié.

104. Le support de l'implémentation des lois de protection des enfants et les lois/politiques d'égalité des genres, y compris les lois ayant pour objet de prévenir les violences faites aux femmes et aux filles, représente une partie importante du traitement des déterminants sociaux du VIH et de la santé mentale.

VOIE À SUIVRE

105. Afin d'intégrer la santé mentale dans les services de prévention, le traitement et les soins du VIH et les services de santé mentale, et de promouvoir le bien-être et la qualité de vie, plusieurs actions-clés doivent être initiées.

Développement de politiques d'intégration et fondées sur le droit

106. Les politiques de santé mentale et les stratégies ou plans nationaux de santé mentale sont essentiels pour coordonner et fournir des services efficaces. À défaut de tels cadres, les troubles de santé mentale seraient traités de manière inefficace et fragmentée. Des politiques et des plans d'actions devraient être élaborés avec une participation significative des populations touchées. Les politiques devraient être suivies de plans de mise en œuvre afin de concrétiser les objectifs et les buts politiques.

107. Les pays devraient intégrer des politiques publiques qui s'attaquent aux épidémies croisées ou aux facteurs de risques ; par exemple, la rationalisation des ripostes à la consommation abusive d'alcool, aux violences associées au genre et aux maladies infectieuses. Il convient d'encourager l'intégration des services pour le VIH, et le dépistage et les soins des maladies non transmissibles, y compris pour les soins des troubles de santé mentale et la toxicomanie.
108. L'intégration fructueuse nécessitera une articulation des objectifs communs à divers niveaux de soins. L'intégration devrait inclure l'engagement des services de traitement du VIH, de la santé mentale et de la toxicomanie afin de :
- fournir des soins globaux et reposant sur les droits de l'homme, une prévention et une intervention précoce ;
 - intégrer les stratégies, politiques et plans d'implémentation nationaux et locaux ;
 - regrouper les services de santé mentale et du VIH ; exécuter une planification commune, une mobilisation des ressources et le partage des informations ;
 - impliquer les communautés affectées ;
 - Mener des activités programmatiques, de contrôle et d'évaluation communes ; et
 - garantir un renvoi efficace des cas, une planification des services et un suivi.(139)
109. Les pays devraient aborder les déterminants sociaux de la santé mentale et du VIH en entérinant et mettant en œuvre des lois et politiques de protection sociale, de politiques et de plans de lutte contre la discrimination et de réduction de la stigmatisation, des stratégies de lutte contre la pauvreté, entre autres. Ils devraient également impliquer la communauté et les prestataires de soins de santé et les personnes vivant avec et infectées par le VIH dans le travail d'élimination des politiques défavorables et de stimulation de l'implémentation des politiques qui protègent contre la discrimination et favorisent l'accès aux soins de santé, à l'éducation, aux moyens de subsistance, etc.

Mettre en place les meilleures pratiques et directives

110. Les meilleures pratiques fructueuses et vérifiées dans les approches de prestation de services, les interventions communautaires et l'implication des personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH, doivent être mises en exergue, promues et partagées aux fins de leur adaptation et de leur plus large adoption.
111. Il est important de concevoir et de mettre en œuvre une formation factuelle sur les droits de l'homme et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination pour le personnel des soins de santé et de soutien social, les fonctionnaires de police, le personnel carcéral et les autres professionnels impliqués. Une formation conjointe par les prestataires du VIH et des troubles de la santé mentale devrait être fournie.
112. Les pays devraient développer un cadre de prestataires non spécialisés pour les soins de santé mentale et la toxicomanie en utilisant les ressources locales disponibles, également à l'échelle des communautés. Les interventions communautaires afin d'améliorer la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie se doivent d'être promues. Le Guide d'intervention mhGAP pour des protocoles de soins et de traitements éclairés se doit d'être utilisé.
113. Les personnes bénéficiant de services de santé mentale et/ou de services pour le VIH doivent être impliquées dans la conception et dans l'élaboration des politiques et services pertinents ; et leurs préoccupations doivent guider leurs efforts ayant pour but de remédier aux manquements
114. Les pays devraient identifier les tâches à transférer et les cadres de prestataires qui à former et mobiliser pour dispenser les soins, de même qu'organiser des systèmes de supervision permanents ; et identifier les ressources régionales et nationales afin de garantir la pérennité.(130)

Effectuer des recherches afin de combler le manque de connaissances

115. Les pays et les autres parties prenantes devraient s'attaquer aux manquements constatés dans les connaissances actuelles sur les meilleures approches afin d'intégrer les soins de santé mentale et le traitement de la toxicomanie dans le contexte du VIH. Cela peut être réalisé :
- en promouvant une recherche indépendante, qualitative et quantitative dans les sciences humaines et les plates-formes de recherche qui explorent les modèles de services promouvant la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH ;
 - en intensifiant l'inclusion des personnes présentant une co-occurrence de troubles de santé mentale, des personnes consommant des drogues et/ou des personnes vivant avec le VIH, dans la conception des études de recherche ;
 - en établissant une base factuelle solide sur l'intégration du VIH, des soins de santé mentale et de la toxicomanie dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.
 - en étudiant les meilleures approches afférentes à l'intégration des soins du VIH dans les établissements spécialisés de soins de santé mentale pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères.
 - en évaluant si et comment les approches intégrées des soins peuvent réduire la stigmatisation associée au VIH, aux troubles de santé mentale ou à la toxicomanie.
 - en concevant et étudiant des modèles efficaces de supervision permanente du personnel de soins de santé et des prestataires de soins de santé communautaires.
 - en intégrant les éléments et approches communs des interventions psychologiques dans les établissements de services pour le VIH afin de traiter les troubles de la santé mentale fréquents et d'améliorer la qualité de vie ;
 - en étudiant les meilleures approches afin d'améliorer la qualité des services dans divers établissements de soins intégrés ;
 - en menant une recherche sur les méthodes combinées et des évaluations afin de mieux comprendre les indicateurs et les causes des échecs des efforts d'intégration des soins ;
 - en intensifiant la recherche et la capacité de recherche sur la toxicomanie dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires ; et
 - en étudiant les besoins de soins de santé et le contexte social du risque et de la résilience pour les populations-clés dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.

RÉFÉRENCES

1. UN. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations General Assembly; 2015.
2. Mental health and human rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, (2017).
3. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, (2017).
4. Mental health and human rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, (2018).
5. Human Rights Council (HRC) Resolution on Mental Health and Human Rights (September 28, 2017, 2017).
6. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *Lancet*. 2018;391(10140):2589-91.
7. Crenshaw KW. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: Fineman MA, Mykitiuk R, editors. *The Public Nature of Private Violence*. New York: Routledge; 1994. p. 93-118.
8. Collins PY, Unger Hv, Armbrister A. Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. *Social Science & Medicine*. 2008;67(3):389-97.
9. Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *The American psychologist*. 2013;68(4):225-36.
10. Sweeney SM, Vanable PA. The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS Behav*. 2016;20(1):29-50.
11. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*. 2014;15(2):37-70.
12. Rusch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(6):551-2.
13. UNAIDS. Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2018.
14. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
15. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
16. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Patton GC, Schultz L, Jamison DT. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *Lancet*. 2018;391(10121):687-99.
17. UNAIDS. UNAIDS 2016-2021 Strategy: On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18; 2015.
18. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
19. UNAIDS. Fast track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 2016.
20. Patel V, Shekhar SS, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on Global Mental Health & Sustainable Development. *The Lancet*. 2018;[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
21. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
22. Chibanda D, Benjamin L, Weiss HA, Abas M. Mental, neurological, and substance use disorders in people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67 Suppl 1:S54-67.
23. 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):1571-82.

24. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice. Geneva: World Health Organization; 2004.
 25. American Psychiatric Association. What is mental illness? Washington, DC: American Psychiatric Association; 2018 [
 26. Cabello M, Mellor-Marsa B, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Ayuso-Mateos JL. Psychosocial features of depression: a systematic literature review. *J Affect Disord.* 2012;141(1):22-33.
 27. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life Geneva: WHO; <http://www.who.int/healthinfo/survey/whogol-qualityoflife/en/>; [
 28. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476-93.
 29. Institute for Health Metrics. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Resources: IHME; 2017 [
 30. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
 31. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- (c) 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2016.
32. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
 33. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: World Health Organization Press; 2014.
 34. Petroni S, Patel V, Patton G. Why is suicide the leading killer of older adolescent girls? *Lancet.* 2015;386(10008):2031-2.
 35. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016;387(10024):1227-39.
 36. Armstrong G, Pirkis J, Arabena K, Currier D, Spittal MJ, Jorm AF. Suicidal behaviour in Indigenous compared to non-Indigenous males in urban and regional Australia: Prevalence data suggest disparities increase across age groups. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 2017;51(12):1240-8.
 37. Collins PY, Delgado RA, Pringle BA, Roca C, Phillips A. Suicide prevention in Arctic Indigenous communities. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):92-4.
 38. Webster P. Canada's indigenous suicide crisis. *The Lancet.* 2016;387:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30836-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30836-4).
 39. Nelson SE, Wilson K. The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Soc Sci Med.* 2017;176:93-112.
 40. Bantjes J, Kagee A, Saal W. Suicidal ideation and behaviour among persons seeking HIV testing in peri-urban areas of Cape Town, South Africa: a lost opportunity for suicide prevention. *AIDS Care.* 2017;29(7):919-27.
 41. Carrieri MP, Marcellin F, Fressard L, Preau M, Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One.* 2017;12(2):e0171645.
 42. Lin PH, Liao SC, Chen IM, Kuo PH, Shan JC, Lee MB, et al. Impact of universal health coverage on suicide risk in newly diagnosed cancer patients: Population-based cohort study from 1985 to 2007 in Taiwan. *Psycho-oncology.* 2017;26(11):1852-9.
 43. McManus H, Petoumenos K, Franic T, Kelly MD, Watson J, O'Connor CC, et al. Determinants of suicide and accidental or violent death in the Australian HIV Observational Database. *PLoS One.* 2014;9(2):e89089.
 44. Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IRH, Hackl M, Leitner B, Sonneck G, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk? *Journal of Affective Disorders.* 2015;175:287-91.

45. Musisi S, Kinyanda E. Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda. *East African Medical Journal*. 2009;86(1):16–24.
46. 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 - 7, DOI:10.1080/09540120412331319741.
47. Petrushkin A, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin*. 2005;29:455–8.
48. Ferlatte O, Salway T, Oliffe JL, Trussler T. Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Care*. 2017;29(11):1346-50.
49. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington DC: 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2016.
50. Ebuenyi I, Taylor C, O'Flynn D, Matthew Prina A, Passchier R, Mayston R. The Impact of co-morbid severe mental illness and HIV upon mental and physical health and social outcomes: a systematic review. *AIDS Care*. 2018:1-9.
51. Antelman G, Kaaya S, Wei R, Mbwambo J, Msamanga GI, Fawzi WW, et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;44(4):470-7.
52. Cook JA, Grey D, Burke J, Cohen MH, Gurtman AC, Richardson JL, et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. 2004;94(7):1133-40.
53. Ickovics JR, Milan S, Boland R, Schoenbaum E, Schumand P, HIV DVft, et al. Psychological resources protect health: 5-year survival and immune function among HIV-infected women from four US cities
AIDS. 2006;20:1851-60.
54. Sudfeld CR, Kaaya S, Gunaratna NS, Mugusi F, Fawzi WW, Aboud S, et al. Depression at antiretroviral therapy initiation and clinical outcomes among a cohort of Tanzanian women living with HIV. *Aids*. 2017;31(2):263-71.
55. Todd JV, Cole SR, Pence BW, Lesko CR, Bacchetti P, Cohen MH, et al. Effects of Antiretroviral Therapy and Depressive Symptoms on All-Cause Mortality Among HIV-Infected Women. *American journal of epidemiology*. 2017:1-10.
56. *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018.
57. WHO. *Global Status Report on Alcohol and Health - 2014 Edition*. Geneva: World Health Organization; 2014.
58. Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Samokhvalov AV, Lonroth K, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *The European respiratory journal*. 2017;50(1).
59. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
60. Logie CH, Wang Y, Lacombe-Duncan A, Wagner AC, Kaida A, Conway T, et al. HIV-related stigma, racial discrimination, and gender discrimination: Pathways to physical and mental health-related quality of life among a national cohort of women living with HIV. *Prev Med*. 2018;107:36-44.
61. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2011;378:1502 - 14.
62. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017;389:941–50.
63. Edwards AE, Collins CB, Jr. Exploring the influence of social determinants on HIV risk behaviors and the potential application of structural interventions to prevent HIV in women. *Journal of health disparities research and practice*. 2014;7(SI2):141-55.
64. Gupta G, Parkhurst J, Ogden J, Aggleton P, Mahal A. HIV Prevention 4: Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*. 2008;372:764–75.

65. Brezing C, Freudenreich O. The syndemic illness of HIV and trauma: implications for a trauma-informed model of care. *Psychosomatics*. 2015;56(2):107–18.
66. Baral S, Logie CH, Grosso A, Wirtz AL, Beyrer C. Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*. 2013;13:482.
67. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5):813-21.
68. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-85.
69. Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*. 2018;18(1):919.
70. Stockton MA, Giger K, Nyblade L. A scoping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199602.
71. UNAIDS. Ending overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2013.
72. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e74.
73. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):725-30.
74. Patel P, Rose CE, Collins PY, Nucho-Berenguer B, Sahasrabudhe VV, Peprah E, 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.
75. Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, Prince M, Patel V. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Aids*. 2012;26 Suppl 2:S117-35.
76. Kinyanda E, Hoskins S, Nakku J, Nawaz S, Patel V. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*. 2011;11:205.
77. Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Garnett J, Kityo C, Mugenyi P. Impact of HIV antiretroviral therapy on depression and mental health among clients with HIV in Uganda. *Psychosom Med*. 2012;74(9):883-90.
78. Abers MS, Shandera WX, Kass JS. Neurological and psychiatric adverse effects of antiretroviral drugs. *CNS drugs*. 2014;28(2):131-45.
79. Gaida R, Truter I, Grobler C, Kotze T, Godman B. A review of trials investigating efavirenz-induced neuropsychiatric side effects and the implications. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2016;14(4):377-88.
80. Gallego L, Barreiro P, Lopez-Ibor JJ. Psychopharmacological treatments in HIV patients under antiretroviral therapy. *AIDS reviews*. 2012;14(2):101-11.
81. Hobkirk AL, Towe SL, Lion R, Meade CS. Primary and Secondary HIV Prevention Among Persons with Severe Mental Illness: Recent Findings. *Current HIV/AIDS reports*. 2015;12(4):406-12.
82. Hughes E, Bassi S, Gilbody S, Bland M, Martin F. 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):40-8.
83. Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2005;25:433-57.
84. Shubber Z, Mills EJ, Nachega JB, Vreeman R, Freitas M, Bock P, et al. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*. 2016;13(11):e1002183.
85. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2014;47(3):259-69.
86. Passchier RV, Abas MA, Ebuenyi ID, Pariante CM. Effectiveness of depression interventions for people living with HIV in Sub-Saharan Africa: A systematic review & meta-analysis of psychological & immunological outcomes. *Brain, behavior, and immunity*. 2018;73:261-73.

87. UNODC. GLOBAL OVERVIEW OF DRUG DEMAND AND SUPPLY: Latest trends, cross-cutting issues. Geneva: (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9); 2018.
88. UNAIDS. The Gap Report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
89. NIDA. How is methamphetamine abused? Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/how-methamphetamine-abused>; 2013 [
90. Liu A, Kilmarx P, Jenkins RA, Manopaiboon C, Mock PA, Jeeyapunt S, et al. Sexual initiation, substance use, and sexual behavior and knowledge among vocational students in northern Thailand. *Int Fam Plann Perspect*. 2006;32(3):126–35.
91. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *International journal of public health*. 2010;55(3):159-66.
92. Justice A, Sullivan L, Fiellin D, for the Veterans Aging Cohort Study Project T. HIV/AIDS, Comorbidity, and Alcohol: Can We Make a Difference? *Alcohol Research & Health*. 2010;33(3):258-66.
93. Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, Ong SE, Murphy G, Sigfrid L, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21585.
94. Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*. 2015;27(5):367-85.
95. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871-81.
96. UNHCR. Global Trends: Forced Displacement in 2017. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2018.
97. Sphere Project. Sphere Handbook 2018. www.sphereproject.org; Sphere Project; 2018.
98. IASC. Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2003.
99. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007.
100. Jack HE, Fricchione G, Chibanda D, Thornicroft G, Machando D, Kidia K. Mental health of incarcerated people: a global call to action. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(5):391-2.
101. Negin J, Aspin C, Gadsden T, Reading C. HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic. *AIDS Behav*. 2015;19(9):1720-34.
102. Public Health Agency of Canada. Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada. Ottawa: Health Canada; 2011.
103. Young TK, Revich B, Soininen L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *International Journal of Circumpolar Health* 2015;74:27349-
<http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74>.
104. Collins PY, Delgado RA, Jr., Apok C, Baez L, Bjerregaard P, Chatwood S, et al. RISING SUN: Prioritized Outcomes for Suicide Prevention in the Arctic. *Psychiatr Serv*. 2018:appips201700505.
105. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000;54(864-869).
106. Amirkhania YA, Kelly JA, Kabakchieva E, Antonova R, Vassileva S, Difranceisco WJ, et al. High-risk sexual behavior, HIV/STD prevalence, and risk predictors in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):172-81.
107. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91-102.
108. Barker DJP. Sir Richard Doll Lecture. Developmental origins of chronic disease. *Public health*. 2012;126(3):185-9.
109. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2011;89(8):608-15.
110. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):103-18.

111. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10064):77-90.
 112. Cluver LD, Hodes RJ, Toska E, Kidia KK, Orkin FM, Sherr L, et al. 'HIV is like a tsotsi. ARVs are your guns': associations between HIV-disclosure and adherence to antiretroviral treatment among adolescents in South Africa. *Aids*. 2015;29 Suppl 1:S57-65.
 113. 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 Community Psychol*. 2009;43(3-4):345-59.
 114. WHO. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade Geneva: World Health Organization; 2014.
 115. Pantelic M, Boyes M, Cluver L, Meinck F. HIV, violence, blame and shame: pathways of risk to internalized HIV stigma among South African adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21771.
 116. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- (c) 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2016.
117. MacDonnell JA, Dastjerdi M, Khanlou N, Bokore N, Tharao W. 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.
 118. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and ageing: improving quantity and quality of life. *Current opinion in HIV and AIDS*. 2016;11(5):527-36.
 119. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl 2):18734.
 120. Ahmed S, Autrey J, Katz IT, Fox MP, Rosen S, Onoya D, et al. Why do people living with HIV not initiate treatment? A systematic review of qualitative evidence from low- and middle-income countries. *Soc Sci Med*. 2018;213:72-84.
 121. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-32.
 122. WHO. *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 123. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9362):995 - 1000.
 124. Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *The New England journal of medicine*. 2013;368(23):2182-91.
 125. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2003;289(23):3117 - 24.
 126. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, 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):2618-26.
 127. Patel V, Weiss H, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, 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;18:2086-95.
 128. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. 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):902-9.
 129. Abas M, Nyamayaro P, Bere T, Saruchera E, Mothobi N, Simms V, 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.
130. Kaaya S, Eustache E, Lapidos-Salaiz I, Musisi S, Psaros C, Wissow L. Grand challenges: Improving HIV treatment outcomes by integrating interventions for co-morbid mental illness. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001447.
131. Greeson JM, Gettes DR, Spitsin S, Dube B, Benton TD, Lynch KG, et al. The Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Citalopram Decreases Human Immunodeficiency Virus Receptor and Coreceptor Expression in Immune Cells. *Biological psychiatry.* 2016;80(1):33-9.
132. Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, al. e. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine.* 2011;8:e1001122. doi:10.1371/journal.pmed.
133. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Licerias F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(suppl_4):iv27-iv47.
134. Nakimuli-Mpungu E, Wamala K, Okello J, Alderman S, Odokonyero R, Mojtabai R, et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *The lancet HIV.* 2015;2(5):e190-9. doi:10.1016/S2352-3018(15)00041-7.
135. Chibanda D. Depression and HIV: integrated care towards 90-90-90. *International health.* 2017;9(2):77-9.
136. Ngirababyeyi A, Mukarusanga B, Majyamber A, Tsague L, Sahabo R, Mugisha V, et al. Integration of HIV care and treatment services into psychiatric care in Rwanda. 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting; June 10-14, 2009; Windhoek, Namibia2009.
137. Hatala AR, Bird-Naytowhow K, Pearl T, Peterson J, Del Canto S, Rooke E, et al. Being and Becoming a Helper: Illness Disclosure and Identity Transformations among Indigenous People Living With HIV or AIDS in Saskatoon, Saskatchewan. *Qualitative health research.* 2018;28(7):1099-111.
138. Woodgate RL, Zurba M, Tennent P, Cochrane C, Payne M, Mignone J. "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Soc Sci Med.* 2017;194:17-24.
139. 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.