

SANTÉ MENTALE ET VIH

Documents supplémentaires pour ce point : aucun

Les actions requises lors de cette réunion - le Conseil de Coordination du Programme est invité à

Voir les points de décision au paragraphe 78

- *Reconnaître* les progrès réalisés par les pays, le Programme commun de l'ONUSIDA et d'autres partenaires pour soutenir les services intégrés de santé mentale et de lutte contre le VIH, ainsi que l'impact négatif potentiel supplémentaire de COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des personnes vivant avec et affectées par le VIH ;
- *prendre note du* rapport sur la santé mentale et le VIH ;
- *rappeller* que les participants au CCP sont priés de soumettre des commentaires écrits en remplacement du débat suivant la 47e réunion du CCP, comme convenu dans le cadre de la procédure d'intersessions (UNAIDS/PCB (47)/20.23) ; et
- *demander* au Programme commun de faire un rapport sur les progrès accomplis lors d'une prochaine réunion du CCP.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
La santé mentale et le VIH - un impératif et une opportunité pour des stratégies, des interventions et des services intégrés, centrés sur les personnes et fondés sur les droits de l'homme	7
Santé mentale, VIH et pandémie de COVID-19	10
Rôle essentiel des réponses, des soins et de l'assistance à base communautaire et dirigés par la communauté.....	13
Progrès réalisés depuis la 44e réunion du CCP en juin 2019	13
Développement d'orientations et d'outils.....	13
Plaidoyer mondial et mesure de la stigmatisation, de la discrimination et du bien-être	16
Nouveaux engagements de financement et mobilisation de ressources pour l'intégration des services de santé mentale, de toxicomanie et de lutte contre le VIH	18
Intégration du VIH et de la santé mentale dans la prochaine phase de la lutte contre le VIH	20
Conclusion et voie à suivre	21
Points de décision proposés	23
Annexe 1 : Tableaux	24
Références	26

Résumé

1. L'importance de s'attaquer au lien entre la santé mentale et le VIH, la toxicomanie et le VIH, ainsi qu'aux déterminants sociaux communs, à la stigmatisation et à la marginalisation, est de plus en plus reconnue. Cependant, la santé mentale et le soutien psychosocial des personnes vivant avec, affectées par ou risquant de contracter le VIH tout au long de leur vie font gravement défaut. Ce manque de soutien constitue un obstacle à leur accès aux services de dépistage, de traitement et de prévention du VIH, et a un impact négatif sur leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie en général.
2. Il existe de plus en plus de preuves montrant que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, en particulier les jeunes, les personnes âgées et les populations clés, qui n'ont pas accès aux traitements et au soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie, ont un accès plus limité au dépistage et aux soins du VIH. Même lorsqu'elles peuvent accéder aux soins du VIH, elles ont moins de chances de poursuivre leur traitement, ce qui entraîne une maladie au VIH plus grave et même la mort.
3. La pandémie COVID-19 et les mesures de santé publique et de confinement qui en découlent ont entraîné une détresse et une vulnérabilité accrues dans le monde entier, notamment chez les femmes et les filles, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH et leurs familles. Cela souligne l'importance des investissements dans la santé mentale et le soutien psychosocial, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH et pour les populations clés. Les conclusions des rapports des réseaux de personnes vivant avec le VIH, de l'ONUSIDA, de l'OMS et d'autres partenaires attirent l'attention sur ce point.
4. Des progrès ont été réalisés depuis le segment thématique de la 43^{ème} réunion du CCP et la session de suivi de la 44^{ème} réunion du CCP. Les pays, les groupes communautaires, le Programme commun, le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'autres partenaires ont fait progresser leurs efforts et leurs investissements en faveur de stratégies, politiques, interventions et services intégrés de santé mentale/VIH et de lutte contre la toxicomanie/VIH pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH et à risque de le contracter, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui consomment des drogues et de l'alcool.
5. Toutefois, il faut faire davantage pour garantir un large accès et une large utilisation des services fondés sur les droits de l'homme, centrés sur les personnes, holistiques, sensibles au genre et à l'âge, afin de soutenir la santé et le bien-être physiques et mentaux, ainsi que la qualité de vie durable des personnes vivant avec, affectées et vulnérables au VIH tout au long de leur vie.
6. À mesure que la lutte mondiale contre le VIH progresse, il convient d'accorder une attention croissante à l'intégration des services centrés sur les personnes. Dans le cadre d'approches intégrées centrées sur les personnes et adaptées au contexte, les nouveaux objectifs mondiaux de lutte contre le VIH pour 2025 comprennent des objectifs en matière d'intégration des services, notamment l'objectif de 90 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés accédant à des services intégrés ou reliés en matière de VIH et de santé mentale. L'inclusion de ces objectifs et des actions connexes dans la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 contribuera à améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et des populations clés grâce à des services, des soins et un soutien holistiques et

intégrés. L'inclusion dans la stratégie mondiale offre la possibilité d'intégrer davantage la santé mentale et le soutien psychosocial dans les stratégies sanitaires, sociales et économiques, les plans et budgets de relance et le soutien communautaire des gouvernements et des partenaires.

7. Il est essentiel que tous les partenaires concernés se joignent aux efforts visant à améliorer la santé physique et mentale et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, affectées par celui-ci ou exposées à un risque de le contracter, ainsi que des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, des personnes handicapées et des consommateurs de substances psychoactives.

Introduction

8. Le 13 décembre 2018, lors de sa 43e réunion, le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a consacré le segment thématique à "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, le bien-être et la qualité de vie".¹ Il s'agissait de la toute première discussion sur la santé mentale au niveau du CCP. Le segment s'est tenu avec la reconnaissance accrue de l'importance de la prise en charge :
 - les liens et les synergies entre la santé mentale et l'infection par le VIH tout au long de la vie ;
 - la nécessité d'adopter des approches centrées sur les personnes et fondées sur les droits de l'homme dans la prestation de services, les soins et l'assistance
 - l'impératif d'éliminer la discrimination, la stigmatisation, la violence, la coercition et les abus pour obtenir de bons résultats en matière de santé physique et mentale et pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec et affectées par le VIH et des populations clés, y compris les personnes qui consomment des drogues et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (notamment celles souffrant de troubles mentaux, neurologiques et de consommation d'alcool et de drogues).
9. Le segment thématique a examiné les preuves des liens entre la santé mentale et le VIH et entre la consommation de substances et le VIH. Il l'a fait en relation avec l'optimisation de la prévention du VIH, le dépistage du VIH, le lien avec les services de traitement et de soins pour soutenir l'adhésion et le maintien dans les soins, le bien-être physique et psychosocial et la qualité de vie des personnes vivant avec, affectées par et à risque de VIH, des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes consommant des substances psychoactives.
10. Il a présenté des stratégies et des approches intégrées efficaces pour aborder la santé mentale, la toxicomanie et le VIH sous l'angle des droits de l'homme, notamment par un engagement communautaire accru et des soins de santé et autres formes de services et de soutien holistiques, centrés sur la personne, tenant compte du sexe et de l'âge. Ces efforts peuvent catalyser les progrès vers les objectifs de la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida et les objectifs de développement durable pertinents (SDG1, SDG3, SDG5, SDG10, SDG17).
11. Le segment thématique a également mis en évidence les approches visant à promouvoir les droits de l'homme dans le contexte de la santé mentale, de la toxicomanie et du VIH tout au long de la vie. Ces approches comprennent l'éducation et la formation des groupes d'acteurs pour éliminer la discrimination, la stigmatisation, la violence, la coercition et les abus. La session a appelé à une collaboration accrue pour

relever conjointement les défis et intégrer les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie aux services et programmes de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH.

12. Lors de sa 44^e réunion en juin 2019, dans le cadre du suivi du segment thématique et de la poursuite de la discussion sur la santé mentale et le VIH, le CCP a pris note de la note d'information du segment thématique et du rapport de synthèse. Le CCP a invité les États membres à :
 - mettre en œuvre des politiques et des programmes fondés sur des données probantes, axés sur les personnes, sur les droits de l'homme et sur les communautés pour promouvoir la santé mentale et la qualité de vie, notamment en s'attaquant à la stigmatisation et à la discrimination (liées à la fois au VIH et aux problèmes de santé mentale), dans le contexte des services de prévention, de traitement et de soins du VIH ; et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mentale et du VIH, notamment en adoptant et en mettant en œuvre des politiques et des programmes de protection sociale pour réduire la stigmatisation et la discrimination ;Le CCP a appelé le Programme commun de l'ONUSIDA à :
 - examiner et réviser les pratiques et les lignes directrices existantes afin de garantir l'intégration des services de traitement et de prévention de la santé mentale et de la toxicomanie dans les plateformes de prestation de services VIH, et des services VIH dans les programmes de prévention et de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie, et fournir des orientations de mise en œuvre respectives ;
 - de tenir compte de l'intersection entre la santé mentale et le VIH, et de l'importance d'améliorer le bien-être psychosocial et la qualité de vie des personnes affectées et vivant avec le VIH, dans le cadre d'une approche centrée sur la personne et les droits de l'homme, lors de l'élaboration de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA pour 2021-2030 ; et
 - faire rapport à une prochaine réunion du CCP sur les progrès réalisés dans le cadre de l'approche intégrée de la santé mentale et du VIH.
13. Ce document répond aux demandes du CCP susmentionnées et présente une brève mise à jour des nouveaux développements dans les efforts des pays, des partenaires mondiaux et autres (y compris le programme commun) pour intégrer les interventions et les services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, de consommation de drogues et d'alcool à des interventions, activités et programmes liés au VIH. Il rend également compte de l'engagement et du leadership des communautés, des innovations, de la mobilisation des ressources, du financement et des partenariats, et il examine les défis et les opportunités restants.
14. À la lumière de la détresse croissante et des autres vulnérabilités vécues par les individus et les communautés pendant la pandémie COVID-19, le document aborde également la pertinence croissante des investissements pour traiter la santé mentale dans le contexte de la COVID-19 et des pandémies de VIH.
15. En outre, le document réfléchit à l'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les nouveaux objectifs mondiaux proposés pour 2025 en matière de VIH. Les objectifs d'intégration de la santé mentale et du VIH pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ont récemment été approuvés par le comité directeur des objectifs de lutte contre le sida pour 2025 et sont présentés dans ce document. L'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les programmes et services liés au VIH est également incluse dans les grandes lignes de la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

La santé mentale et le VIH - un impératif et une opportunité pour des stratégies, des interventions et des services intégrés, centrés sur les personnes et fondés sur les droits de l'homme

16. Le programme de développement durable place la non-discrimination, l'égalité et le fait de "ne laisser personne derrière" au cœur du développement mondial. Dans la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination de l'épidémie de sida, les États membres des Nations unies se sont engagés à "assurer l'accès des populations à des services de santé de qualité, centrés sur l'être humain, d'une manière plus globale, dans le cadre de la promotion du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et du bien-être". Dans la même déclaration, les États membres se sont également engagés à œuvrer en faveur d'une couverture sanitaire universelle, de services plus intégrés pour le VIH et les maladies non transmissibles, y compris la santé mentale, et à s'attaquer à toutes les conséquences sanitaires de la violence à l'égard des femmes, notamment en donnant accès à un soutien en matière de santé mentale. Les États membres se sont également engagés à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH.
17. L'accès à des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien fondés sur les droits de l'homme, centrés sur les personnes, holistiques, tenant compte du sexe et de l'âge est essentiel pour la santé physique et mentale, le bien-être et la qualité de vie durable des personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus et vulnérables à celui-ci.
18. La mobilisation pour aborder les synergies et les liens entre la santé mentale, la toxicomanie et le VIH s'appuie sur plus de 20 ans de recherche et d'expérience de programmes dans le monde entier. Cette expérience montre que les problèmes de santé mentale ont tendance à être plus fréquents chez les personnes vivant avec le VIH, touchées par le virus, à risque et vulnérables à ce dernier que dans l'ensemble de la population.³⁻¹³ La dépression est l'une des comorbidités de santé mentale les plus répandues et elle est très fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. Une étude systématique réalisée en 2015 a fait état de taux de prévalence de la dépression atteignant 80 % chez les personnes vivant avec le VIH (avec de grandes variations selon les études). Des symptômes de dépression ont été signalés dans de nombreuses études menées dans des pays d'Afrique subsaharienne où le VIH est très répandu.^{14, 15, 16, 17, 18}
19. Une étude systématique de 2018 a révélé que la prévalence moyenne de la dépression dans les enquêtes sur les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne était de 24 %, contre environ 3 % dans l'ensemble de la population.¹⁹⁻²⁰ Les personnes vivant avec le VIH sont nettement plus susceptibles de mourir par suicide que la population générale.²¹ Dans une étude de cohorte réalisée en Suisse, les personnes séropositives avaient trois fois plus de chances de mourir par suicide que les personnes de la population générale.²² Selon une étude récente menée dans les pays de la région Asie-Pacifique, jusqu'à 40 % des adultes qui fréquentent les cliniques externes de traitement du VIH souffrent de dépression. Les maladies mentales concomitantes sont associées à l'initiation tardive d'une thérapie antirétrovirale (TAR) et à l'absence de suppression virale en temps utile chez les personnes vivant avec le VIH.²³ Parmi les personnes soignées pour le VIH, la prévalence de la toxicomanie est élevée : 48 % dans une étude multisite aux États-Unis, par exemple.²⁴ Les troubles neurocognitifs associés au VIH touchent environ 50 % des adultes vivant avec le VIH, et comprennent les troubles neurocognitifs asymptomatiques, les troubles neurocognitifs légers et la démence associée au VIH.²⁵

20. La prévalence du VIH chez les personnes adultes souffrant de troubles mentaux graves est plus élevée que chez les adultes non séropositifs. ²⁶ Les personnes schizophrènes séropositives ont un risque de décès plus de 25 fois plus élevé que celles qui n'ont ni l'un ni l'autre. ²⁷ En outre, ces chiffres pourraient également être sous-estimés, étant donné les faibles taux de soins médicaux chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves et les taux élevés de dépendance aux drogues comorbides. ²⁸
21. Les conséquences de ces problèmes de santé mentale s'étendent tout au long de la vie. La dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique et/ou la consommation d'alcool et de drogues sont liés à un manque d'information et de prévention du VIH, à un accès tardif au dépistage du VIH, à une mauvaise connexion et adhésion aux soins et à un risque accru de mortalité liée au VIH. ^{29, 30, 31, 32} La gestion des conditions de santé mentale et des problèmes de consommation de drogues psychoactives dans le contexte du VIH peut contribuer à améliorer la prévention du VIH, le traitement du VIH, l'adhésion aux soins, la longévité, la santé physique et mentale. Les stratégies et les programmes qui intègrent des interventions, des services et un soutien en matière de santé mentale doivent faire partie de la réponse au VIH et de la couverture maladie universelle. ¹⁰
22. **Les jeunes.** Les adolescents et les jeunes sont très vulnérables aux problèmes de santé mentale et à la consommation de drogues psychoactives. La santé mentale et le bien-être des adolescents sont souvent négligés et non traités. ³³ Environ 50 % des problèmes de santé mentale présents à l'âge adulte commencent à l'âge de 14 ans et 75 % à l'âge de 25 ans. Elles touchent les adolescents et les jeunes adultes à leur entrée à l'école, à leur transition vers le travail, à leurs débuts sexuels et à la fondation d'une famille. ³⁴ La dépression et l'anxiété représentent 16 % de la charge de morbidité mondiale chez les 10-19 ans. ³⁵ Le suicide est l'une des cinq premières causes de décès chez les adolescents et les taux de suicide sont les plus élevés chez les adolescentes. En 2015, chez les adolescentes plus âgées, l'automutilation était la deuxième cause de décès et la troisième cause de décès chez les adolescents. ^{36, 37}
23. Le **vieillissement.** Les personnes âgées, y compris celles qui vivent avec le VIH, sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale et de troubles neurocognitifs, ainsi que d'isolement social, en raison d'une participation et d'un engagement social réduits. ³⁹ Les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles d'un âge avancé, sont plus exposées au risque de développer des maladies non transmissibles, notamment des maladies cardiovasculaires, la dépression et le diabète. Une récente revue systématique et méta-analyse d'études a calculé des estimations regroupées de la prévalence des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenu : préhypertension (21%), hypercholestérolémie (22%), obésité (7,8%), dépression (24,4%) et diabète (1,3%-18%). ¹⁹
24. À l'échelle mondiale, alors que l'accès aux traitements anti-VIH susceptibles de sauver des vies augmente, le nombre et la proportion de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH augmentent également : de 5,7 millions en 2016 à 7,9 millions en 2019. En 2000, 8 % des personnes vivant avec le VIH avaient plus de 50 ans, contre 21 % en 2019. ⁴⁰ Quatre-vingts pour cent des personnes séropositives âgées de 50 ans et plus vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, dont la plupart en Afrique orientale et australe. Il est important de veiller à ce que le dépistage, la prévention et le traitement des maladies non transmissibles, y compris les troubles de santé mentale, parmi ces dépressions, soient systématiquement proposés aux personnes âgées vivant

avec le VIH, idéalement par le biais de plateformes de prestation de services liés au VIH.

25. **Les populations clés.** Les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les transsexuels, les consommateurs de drogues, les personnes en prison et autres milieux fermés, ainsi que les minorités raciales et ethniques sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, en particulier lorsqu'ils sont également criminalisés. Leur prévalence élevée du VIH reflète leurs vulnérabilités sociales et leurs disparités en matière de santé. Compte tenu de leur marginalisation sociale, de leur vulnérabilité aux menaces pour la santé et aux violations des droits, les taux élevés de détresse émotionnelle et de problèmes de santé mentale sont également courants.^{42, 43} Ces expériences sont aggravées par la stigmatisation dont font l'objet les personnes souffrant de problèmes de santé mentale chez de nombreux prestataires de soins de santé.^{44, 45, 46}
26. Les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés sont également vulnérables aux problèmes de santé mentale. Toute une série de conditions nuisent à leur santé mentale, notamment la surpopulation, la violence (sexuelle), l'isolement, le manque d'intimité, l'absence d'activité significative, la forte prévalence de la consommation de drogues, l'isolement des réseaux sociaux, la stigmatisation et la discrimination, l'insécurité quant aux perspectives d'avenir et l'inadéquation des services de santé. Cela se manifeste par une prévalence accrue de la dépression et du risque de suicide dans les prisons. En outre, les personnes souffrant de graves troubles mentaux peuvent être détenues de manière inappropriée dans les prisons en raison du manque de services de santé mentale dans la communauté.^{47, 48}
27. **Contextes humanitaires.** Parmi les autres populations vulnérables figurent les personnes en situation d'urgence humanitaire.⁴⁹ De nouvelles estimations de l'OMS publiées dans le *Lancet* montrent qu'il y a beaucoup plus de personnes vivant avec des troubles mentaux dans les zones touchées par des conflits qu'on ne le pensait auparavant : une personne sur cinq vit avec une forme de trouble mental (allant de la dépression ou de l'anxiété légère à la psychose) et environ une personne sur dix vit avec un trouble mental modéré ou grave.⁵⁰ Les ressources pour la prévention du VIH et les soins de santé mentale sont souvent limitées dans les pays d'accueil. Les migrants sont également confrontés au risque d'un accès insuffisant aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Le statut d'immigration, les barrières linguistiques et culturelles, les tarifs inabordables des services et l'hostilité perçue ou réelle dans le nouveau contexte peuvent limiter l'accès et l'utilisation des services.⁵¹
28. **Manque de ressources humaines et financières.** Pour réussir, les interventions en matière de VIH doivent tenir compte de la rareté des prestataires de services de santé mentale, de soins neurologiques ou de traitement de la toxicomanie, ainsi que du lien et de l'intégration entre la santé mentale, les soins neurologiques et la toxicomanie. À l'échelle mondiale, on compte en moyenne seulement 9 prestataires de soins de santé mentale pour 100 000 habitants. Le taux n'est que de 2 pour 100 000 habitants dans les pays à faible revenu, contre plus de 70 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu élevé. On estime qu'une personne sur dix a besoin de soins de santé mentale à un moment donné ; pourtant, il y a en moyenne un psychiatre pour 100 000 personnes. Il existe un nombre encore plus restreint de travailleurs sociaux et de psychologues pour répondre aux besoins mondiaux en matière de santé mentale.⁵²

29. Moins de la moitié des 139 pays qui ont mis en place des politiques et des plans de santé mentale les ont alignés sur la résolution¹ du Conseil des droits de l'homme qui met l'accent sur les services de proximité et l'importance de respecter l'autonomie, la volonté et les préférences de toutes les personnes. Lorsque des plans de santé mentale sont élaborés, ils ne sont souvent pas soutenus par des ressources humaines et financières adéquates. La transition vers les soins au sein de la communauté doit être accélérée afin de garantir des services ininterrompus, ainsi qu'un continuum de soins et un soutien psychologique et social.^{52,53}
30. Des investissements supplémentaires sont nécessaires pour soutenir le transfert ou le partage des tâches des prestataires de services. Il s'agit du personnel de soins primaires, des agents de santé communautaires et des pairs, ainsi que du personnel de santé travaillant dans ou avec les prisons et autres lieux fermés. Une supervision adéquate et soutenue est importante pour maintenir la qualité des soins. Des études menées dans des pays à faible et moyen revenu montrent que divers prestataires, y compris des travailleurs de santé non professionnels, peuvent proposer des interventions psychologiques efficaces et fondées sur des données probantes, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle ou la thérapie de résolution de problèmes pour les affections mentales courantes comme la dépression.^{54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63} Cela suggère que des compétences similaires pourraient être transférées aux prestataires de soins dans le cadre d'un programme intégré de soins.^{64, 65} Les pays devraient développer un cadre de prestataires spécialisés et non spécialisés pour la prévention, le traitement et les soins des maladies mentales. En outre, les pays devraient utiliser les ressources locales disponibles, y compris au niveau communautaire, et mobiliser des ressources supplémentaires si nécessaire. Les interventions communautaires visant à promouvoir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie devraient être intensifiées. Le "Guide d'intervention mhGAP" de l'OMS pour les conditions de santé mentale dans les établissements de santé non spécialisés, y compris ceux qui fournissent des services liés au VIH, devrait être largement utilisé pour les protocoles de soins et de traitement fondés sur des données probantes.⁶⁶

Santé mentale, VIH et pandémie de COVID-19

31. Des milliards de personnes sont affectées par la pandémie COVID-19, qui a de graves répercussions sur la santé mentale des gens.⁶⁷ La pandémie menace d'entraîner une crise majeure de la santé mentale si des mesures appropriées ne sont pas prises⁶⁸, ce qui souligne la nécessité d'investir dans la santé mentale. Le deuil, l'isolement, la perte de revenus, la peur et le risque de ne pas pouvoir bénéficier de services de santé et d'aide engendrent des complications en matière de santé mentale ou exacerbent les problèmes existants. Des études menées au Canada, en Chine, en Éthiopie et ailleurs indiquent que la pandémie COVID-19 est associée à la détresse, à l'anxiété, à l'insomnie, à la peur de la contagion, à la dépression et à l'insomnie, ainsi qu'à une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues.^{68 70 71}
32. L'infection COVID-19 elle-même est souvent caractérisée par des manifestations mentales et neurologiques.⁷³ Les manifestations neurologiques comprennent les maux de tête, l'altération de l'odorat, le délire, les accidents vasculaires cérébraux, le syndrome de Guillain-Barré et la méningite. Les manifestations neurologiques sont associées à une maladie COVID-19 plus grave et à une mortalité accrue. La COVID-19 est probablement associée à des conséquences neurologiques à long terme.^{75, 76, 77} Une augmentation de la mortalité est également signalée chez les patients atteints de

¹ A/HRC/RES/36/13

COVID-19 ayant un diagnostic psychiatrique préexistant.⁷⁴ Le stress et les problèmes de santé mentale (y compris les troubles de l'humeur, la consommation de drogues et la consommation nocive d'alcool) sont associés à un comportement suicidaire. Les survivants de COVID-19 peuvent également présenter un risque élevé de suicide. De multiples cas de suicides liés à COVID-19 ont été signalés dans le monde entier.^{78, 79} Les conséquences de la crise COVID-19 sur la santé mentale devraient se poursuivre bien au-delà de la pandémie elle-même.⁷⁰

33. Une mauvaise santé mentale et l'insécurité alimentaire sont associées à une qualité de vie inférieure chez les personnes vivant avec le VIH. À l'échelle mondiale, l'insécurité alimentaire s'est aggravée pendant la pandémie COVID-19. Une évaluation rapide de la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH en Tunisie, réalisée par le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'ONUSIDA, a révélé que 94 % des personnes interrogées avaient perdu leur revenu, 87 % n'avaient pas accès à des aliments frais et 50 % souhaitaient davantage d'informations et de services en matière de santé mentale et de soutien au bien-être. Une étude menée en Éthiopie a révélé que près de 39 % des personnes vivant avec le VIH avaient connu une grave insécurité alimentaire au sein de leur foyer.⁸⁰
34. Plus de 60 % des 130 pays étudiés par l'OMS ont fait état de perturbations des services de santé mentale destinés aux personnes vulnérables, notamment les enfants et les adolescents (72 %), les personnes âgées (70 %) et les femmes nécessitant des services prénatals ou postnatals (61 %). Les deux tiers ont connu des perturbations dans le domaine du conseil et de la psychothérapie ; 30 % ont signalé des perturbations dans l'accès aux médicaments pour les troubles mentaux, neurologiques et de consommation de drogues ; 65 % dans les services de réduction des risques vitaux ; et 45 % dans le traitement d'entretien aux agonistes opioïdes pour la dépendance aux opioïdes. Plus d'un tiers (35 %) ont fait état de perturbations des interventions d'urgence, y compris celles destinées aux personnes souffrant de crises prolongées, de syndromes graves de sevrage de la toxicomanie et de délire ; environ trois quarts ont fait état de perturbations au moins partielles des services de santé mentale à l'école et sur le lieu de travail (78 % et 75 % respectivement).⁸¹ Au Botswana, les mesures de confinement ont eu un impact significatif sur les programmes menés par les jeunes et le soutien par les pairs, qui figurent en bonne place dans la réponse du pays au VIH. Les activités communautaires, telles que les clubs d'adolescents, l'éducation par les pairs pour les jeunes scolarisés et non scolarisés, les conseils d'adhésion en face à face et le soutien psychosocial ont été interrompues pour aider à contrôler la propagation de COVID-19.⁸²
35. Les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les travailleurs communautaires, confrontés à de lourdes charges de travail, à des décisions de vie ou de mort et à des risques d'infection, sont particulièrement touchés par la détresse psychologique. En Chine, les travailleurs de la santé ont fait état de taux élevés de dépression (50 %), d'anxiété (45 %) et d'insomnie (34 %), tandis que 47 % des travailleurs de la santé au Canada ont déclaré avoir besoin d'un soutien psychologique.^{72, 81}
36. La pandémie de COVID-19 a accru la demande de services et de soutien en matière de santé mentale, et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. La pandémie a été associée à une augmentation de la violence contre les femmes et les ^{filles}^{82, 83} ainsi que contre les personnes issues des communautés LGBTI.⁸⁴ Les pouvoirs d'urgence ont également été utilisés à mauvais escient pour réduire la protection des droits de l'homme des populations vulnérables.^{85 86} Des évaluations rapides réalisées par ONU

Femmes (et validées par les partenaires nationaux) dans plusieurs régions ont révélé que les verrouillages avaient de graves répercussions sur les femmes. ^{87 88 89 90 91 92 93}

37. Dans une récente enquête sur l'impact de la pandémie COVID-19 sur les personnes vivant avec le VIH dans 12 pays d'Amérique latine et des Caraïbes (soutenue par l'équipe de soutien régional de l'ONUSIDA), la majorité des personnes vivant avec le VIH s'inquiétaient de leur santé mentale (entre 77 % et 91 %) et de la stigmatisation liée au VIH (entre 77 % et 95 %) pendant la pandémie. Entre 27 % et 62 % des personnes interrogées ont déclaré avoir besoin d'un soutien psychosocial pour faire face à l'anxiété liée à la pandémie de COVID-19. ⁹⁴ Une enquête nationale en Australie a révélé que les personnes transgenres ont eu des pensées suicidaires ou se sont fait du mal à un taux disproportionné durant la pandémie. L'étude met également en évidence le faible accès aux services de santé et le manque de services spécialisés pour les personnes LGBT. ⁹⁵
38. L'enquête de réponse rapide mise en œuvre par l'équipe spéciale inter-institutions sur les jeunes populations clés en Asie-Pacifique a révélé des niveaux élevés d'anxiété à propos de COVID-19 parmi les jeunes populations clés et les jeunes vivant avec le VIH. Environ 70 % des personnes interrogées ont déclaré se sentir anxieuses ou extrêmement anxieuses, 59 % ont fait état d'une anxiété due à la perte de revenus et 39 % n'ont pas pu travailler aussi souvent que d'habitude. Parmi les jeunes qui ont déclaré avoir besoin de services de santé mentale, 34 % ont connu des retards ou des perturbations dans l'accès aux médicaments et 47 % ont connu des retards ou des perturbations dans l'accès au soutien psychosocial en raison de la pandémie actuelle. En outre, 9 % des personnes ayant besoin de médicaments pour la santé mentale n'avaient pas accès à ces services et 14 % de celles ayant besoin d'un soutien psychosocial n'avaient pas accès à ce service essentiel. ⁹⁶
39. La résolution 74/306 de l'Assemblée générale des Nations unies (juin 2020), relative à une réponse globale et coordonnée à la pandémie de COVID-19, encourage les États membres à "prendre en compte la santé mentale dans leur réponse à la pandémie et leur rétablissement en assurant une large disponibilité de services d'urgence de santé mentale et de soutien psychosocial". ⁹⁷
40. Il est encourageant de constater que l'enquête de l'OMS citée plus haut a révélé que de nombreux pays ont intégré la santé mentale et le soutien psychosocial dans leurs plans COVID-19 et dans leurs plates-formes nationales multisectorielles de services de santé mentale et de services psychosociaux. ⁸¹
41. Certains pays ont réussi à utiliser des approches innovantes pour assurer la continuité des services, y compris ceux de soutien psychosocial. Aux Philippines, le ministère de la santé, en partenariat avec l'OMS, a lancé une approche multisectorielle pour la santé mentale, avec des programmes et des interventions sur les lieux de travail, dans les écoles et les communautés, destinés aux groupes à haut risque. Il a également lancé des lignes téléphoniques d'urgence pour la santé mentale. ⁹⁸
42. Dans le cadre de la lutte contre le VIH dans les pays d'Afrique orientale et australe, les plates-formes "U-report" ont été utilisées pour sonder rapidement les adolescents et les jeunes, puis pour adapter les programmes à leurs besoins. Ces plates-formes s'avèrent utiles pour la sensibilisation, le soutien psychosocial aux individus et aux groupes, l'établissement de liens avec les services et l'amélioration du fonctionnement des organisations. Les travailleurs de la santé sont soutenus par une supervision virtuelle au Kenya et des groupes de travail techniques organisent des réunions virtuelles hebdomadaires pour orienter la réponse à Eswatini. Le ministère de la santé du

Lesotho et l'UNICEF, en partenariat avec Help Lesotho, fournissent des conseils de santé à distance, des informations COVID-19 et un soutien psychosocial par le biais de téléconsultations pour les adolescentes enceintes et allaitantes et pour les autres jeunes mères et leurs enfants qui participent au "2gether 4 SRHR17 Young Mothers Programme".⁹⁹

Rôle essentiel des réponses, des soins et de l'assistance à base communautaire et dirigée par la communauté

43. L'engagement communautaire, l'adhésion, la défense des intérêts, le leadership et la fourniture de services centrés sur les personnes et les communautés sont essentiels pour traiter les problèmes de santé mentale, la consommation de drogues, l'usage nocif de l'alcool et l'interconnexion avec le VIH, la stigmatisation et la discrimination qui y sont associées. Le rôle des communautés est également important pour assurer un continuum de soins en matière de VIH et de santé mentale, l'accès à la prévention du VIH, et le soutien au bien-être et au renforcement de la résilience de leurs propres communautés, y compris celles qui se trouvent dans des contextes humanitaires et fragiles. Ceci est particulièrement pertinent pendant la pandémie COVID-19. Malgré les difficultés, bon nombre des changements intervenus dans les services de santé mentale, de toxicomanie, de consommation nocive d'alcool et de VIH et dans l'offre de soutien mis en œuvre pendant la pandémie dans les milieux à revenus élevés et à ressources limitées peuvent et doivent être maintenus. Il s'agit notamment d'offrir un éventail d'options pour le conseil, le soutien et les soins à distance et en personne ; d'intégrer davantage les soins de santé comportementale et physique ; de prévenir l'exposition au COVID19 ; de prescrire et de dispenser des traitements de santé mentale, neurologiques et médicamenteux sur plusieurs mois ; de modifier les plans de sécurité et les directives psychiatriques préalables pour y inclure les nouvelles technologies et des systèmes de soutien plus larges ; de tirer parti des soutiens naturels et d'intégrer les interventions de santé numérique.¹⁰⁰ Ils contribuent à décongestionner les cliniques de santé, à rapprocher les services des personnes dans le besoin et à accroître le contrôle qui est investi dans les mains des personnes et des communautés. Le leadership et l'engagement des communautés restent des facteurs essentiels pour une réponse efficace à l'épidémie de VIH, aux violations des droits de l'homme, à la stigmatisation et à la discrimination, et maintenant à la pandémie COVID-19.
44. Tant pour le VIH que pour COVID-19, les femmes jouent un rôle essentiel en tant qu'agents de santé de première ligne et de responsables communautaires, et des mesures sont nécessaires pour permettre le soutien des femmes dans ces rôles.⁸⁵

Progrès réalisés depuis la 44e réunion du CCP en juin 2019

Développement d'orientations et d'outils

45. Pour donner suite à la décision 9.3 prise lors de la 44e réunion du CCP, le secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS ont élaboré un guide de mise en œuvre pour soutenir l'intégration des services de santé mentale, de toxicomanie et de consommation nocive d'alcool dans les structures de prestation de services liés au VIH. Le guide sera publié prochainement. Il s'appuie sur les directives existantes en matière de VIH et de santé mentale et d'autres services, notamment le "Guide d'intervention mhGAP" de l'OMS⁶⁶, le "Manuel opérationnel mhGAP"¹⁰¹, les directives et outils de l'OMS et de l'ONUSIDA relatifs à la toxicomanie, ainsi que d'autres directives de l'OMS concernant le dépistage, les soins et le traitement du VIH.

46. Le "Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020" de l'OMS, que la 66e Assemblée mondiale de la santé a adopté en mai 2013¹⁰² a été prolongé jusqu'en 2030 lors de la 72e Assemblée mondiale de la santé pour assurer son alignement sur le programme de développement durable de 2030. Ce plan est destiné à aider les pays à atteindre l'objectif 3.4 du SDG : d'ici 2030, réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles par la prévention et le traitement, et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
47. Le plan d'action a été élaboré en réponse au fardeau croissant des maladies mentales et aux défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé pour répondre aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ce plan est une réalisation historique qui attire l'attention de la communauté internationale sur un problème longtemps négligé et qui est fermement ancré dans les principes des droits de l'homme. Ses principaux objectifs sont les suivants : (i) renforcer l'efficacité du leadership et de la gouvernance en matière de santé mentale ; (ii) fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans des cadres communautaires ; (iii) mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en matière de santé mentale ; et (iv) renforcer les systèmes d'information, les données probantes et la recherche en matière de santé mentale.
48. En 2019, dans le cadre de l'initiative mondiale "QualityRights" visant à améliorer l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et dans les domaines connexes et à promouvoir les droits fondamentaux des personnes souffrant de handicaps psychosociaux, intellectuels et cognitifs, l'OMS a lancé des outils pour introduire et renforcer une approche fondée sur les droits.¹⁰³ Ces outils sont à la disposition des pays sur demande. Les principaux objectifs de l'initiative "QualityRights" sont les suivants (i) renforcer les capacités pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et promouvoir une approche centrée sur la personne et fondée sur les droits ; (ii) améliorer la qualité des soins et les conditions des droits de l'homme dans les services de santé mentale et les services connexes ; (iii) créer des services communautaires et axés sur le rétablissement qui respectent et promeuvent les droits de l'homme ; (iv) développer un mouvement de la société civile pour mener des actions de sensibilisation et influencer l'élaboration des politiques ; et (v) réformer les politiques et les législations nationales conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme.
49. Plusieurs documents d'orientation et d'information ont été élaborés pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé mentale.
- a. En septembre 2020, l'OMS a lancé les *lignes directrices sur les interventions de promotion et de prévention en matière de santé mentale pour les adolescents - Aider les adolescents à s'épanouir*. Il fournit des recommandations fondées sur des données probantes concernant les interventions psychosociales visant à promouvoir la santé mentale, à prévenir les troubles mentaux et à réduire l'automutilation et les autres comportements à risque chez les adolescents. L'objectif est d'éclairer l'élaboration des politiques, la planification des services et le renforcement des systèmes de santé et d'éducation, ainsi que de faciliter l'intégration des stratégies de promotion et de prévention de la santé mentale des adolescents dans tous les secteurs et toutes les plateformes de prestation. Les lignes directrices recommandent des interventions de santé mentale et psychosociales à fournir aux adolescents vivant avec le VIH et aux populations clés d'adolescents (y compris les adolescents LGBT) afin de promouvoir une santé mentale positive, de prévenir les troubles mentaux, l'automutilation et le suicide, et de réduire les comportements à risque.¹⁰⁴

- b. Il faut combler les lacunes de la recherche sur la santé mentale et les interventions psychosociales. L'OMS met à jour les *directives consolidées pour l'utilisation des antirétroviraux dans la prévention et le traitement de l'infection par le VIH*. La prestation de services et les interventions psychosociales visant à améliorer l'observance et le maintien des soins pour les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH font l'objet d'une attention particulière. Les lignes directrices devraient être lancées au début de l'année 2021.¹⁰⁵
 - c. L'implication des adolescents dans la prestation de services, y compris la fourniture de services de soutien psychosocial, est un élément essentiel des soins différenciés et centrés sur la personne. En 2019, l'OMS a élaboré un dossier technique sur les modèles de soins axés sur les pairs afin d'aider les responsables des programmes de lutte contre le VIH dans les ministères de la santé et autres ministères de tutelle concernés par les adolescents à planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les services axés sur les pairs et les adolescents, y compris le soutien psychosocial.¹⁰⁶
 - d. Les besoins des adolescentes enceintes et des mères adolescentes restent un défi. En 2019, l'OMS a organisé une session d'apprentissage réunissant des experts et des parties prenantes du monde entier pour discuter et développer des points de sensibilisation et des actions clés sur l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des adolescentes enceintes et des mères adolescentes vivant avec le VIH.¹⁰⁷
 - e. L'UNICEF s'est engagé à accroître son engagement auprès des établissements de soins de santé et de la santé scolaire en tant que plateformes de sensibilisation et de prestation intégrée d'interventions préventives et promotionnelles pour les adolescents, y compris en matière de santé mentale. L'UNICEF a consacré l'une des sections clés de son rapport annuel 2019 à la santé mentale des adolescents. En novembre 2019, l'UNICEF a organisé la conférence "Leading Minds" sur la santé mentale des enfants et des adolescents.¹⁰⁸
 - f. Afin d'assurer la continuité des services, y compris les services de santé mentale et le soutien aux adolescents et aux jeunes pendant la pandémie COVID-19, l'UNICEF, en collaboration avec le groupe de travail de l'OMS sur la prestation de services aux adolescents *atteints du VIH*, a produit la note d'information *Priorité à la continuité des services pour les adolescents vivant avec le VIH pendant la pandémie COVID-19*. Cette note est destinée aux décideurs politiques, aux responsables de programmes et aux principaux bailleurs de fonds de la réponse du secteur de la santé au VIH qui sont actifs dans des contextes où COVID-19 menace la continuité des services.¹⁰⁹
50. En collaboration avec les membres du groupe UNODC-CSO sur la consommation de drogues et le VIH, l'UNODC a élaboré en 2019 le guide technique sur "la prévention, le traitement, les soins et le soutien du VIH chez les personnes qui consomment des drogues stimulantes". Pour soutenir la diffusion du guide, l'UNODC a développé un programme de formation qui aborde des sous-catégories spécifiques de drogues stimulantes (par exemple les stimulants de type amphétamine, la cocaïne et les nouvelles substances psychoactives). Il a organisé des ateliers de "formation des formateurs" au Brésil, en République dominicaine et au Viet Nam, ainsi que des ateliers régionaux au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (couvrant l'Afghanistan, le Bahreïn, l'Égypte, l'Irak, la République islamique d'Iran, le Maroc, le Liban et la Tunisie), en Europe de l'Est (Belarus, République de Moldova et Ukraine) et en Asie du Sud-Est (Chine, Cambodge, Myanmar, Indonésie, Thaïlande et Viet Nam).¹¹⁰
51. Des orientations ont également été élaborées sur les besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH en matière de santé mentale. En 2019, l'ONUDC a travaillé avec l'OMS, le FNUAP, ONU Femmes et l'ONUSIDA pour élaborer le guide technique sur la "Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en prison". Les femmes en prison ont une prévalence plus élevée que la population générale de problèmes de

santé mentale tels que l'automutilation et la dépression, ainsi que la consommation de drogues, l'usage nocif de l'alcool et le stress post-traumatique et psychosocial. ¹¹¹ Le guide fait spécifiquement référence aux problèmes de santé mentale des femmes en prison et à l'importance de fournir un dépistage de la santé mentale, des services complets, des programmes de réhabilitation, ainsi que des stratégies et un soutien pour prévenir le suicide et l'automutilation. Pour soutenir la diffusion du guide, l'ONUSIDA a développé un programme de formation. Il a organisé des ateliers de "formation des formateurs" en Afrique (Afrique du Sud, Eswatini, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe), en Europe de l'Est (Biélorussie, République de Moldavie, Ukraine) et en Asie du Sud-Est (Cambodge, Indonésie, Malaisie, Myanmar, Philippines, Thaïlande et Viet Nam).

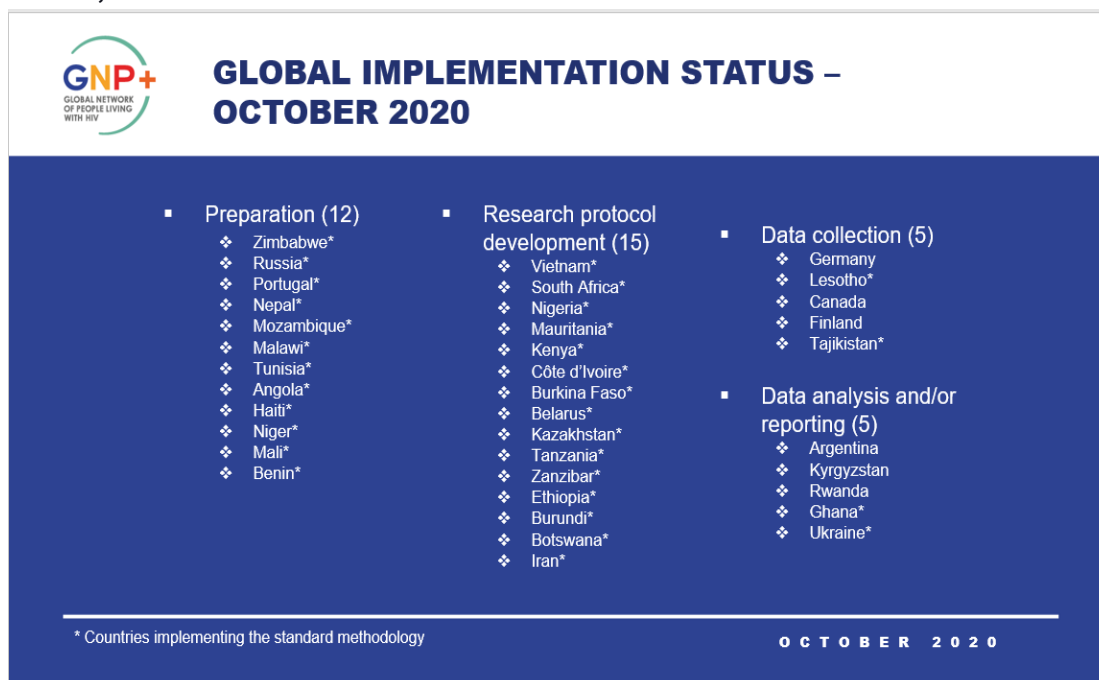
52. En réponse à la pandémie COVID-19, l'OMS a décrit les adaptations nécessaires pour le traitement des troubles mentaux, neurologiques et de la toxicomanie et d'autres services dans le cadre des services de santé essentiels dans ses orientations opérationnelles provisoires de juin 2020, "Maintien des services de santé essentiels : orientations opérationnelles pour le contexte COVID-19". ¹¹² La communauté humanitaire, par l'intermédiaire du Comité permanent inter-organisations, a élaboré des orientations multisectorielles (en plusieurs langues) pour adapter les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial pendant COVID-19 dans les contextes humanitaires. ¹¹³ L'OMS et les partenaires du Comité permanent inter-organisations ont également élaboré une série de ressources sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans le contexte de COVID-19, pour plusieurs groupes d'âge et dans de nombreuses langues. ^{69, 114}

Plaidoyer mondial et mesure de la stigmatisation, de la discrimination et du bien-être

53. Le 10 octobre 2020, l'OMS a organisé pour la première fois un événement mondial de sensibilisation en ligne sur la santé mentale, intitulé "Big event for mental health". ¹¹⁵ Le Secrétariat de l'ONUSIDA s'est joint à ce grand événement en contribuant au segment sur la santé mentale et le VIH qui présentait des militants de la lutte contre le sida et des personnes vivant avec le VIH et des problèmes de santé mentale.
54. Révision et mise en œuvre de la méthodologie de l'indice de stigmatisation 2.0. L'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (ci-après, l'Indice de stigmatisation) est le plus grand projet de recherche sociale au monde mis en œuvre par les personnes vivant avec le VIH elles-mêmes. Il surveille la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans différents domaines de la vie, en accordant une attention particulière aux stigmates connexes qui affectent les diverses populations de personnes vivant avec le VIH. Le projet fournit des données probantes pour la défense des droits afin de lever les principaux obstacles au traitement, à la prévention, aux soins et au soutien en matière de VIH. L'indice de stigmatisation est coordonné par le partenariat international de GNP+, ICW et ONUSIDA. Le financement de la recherche sur l'indice de stigmatisation est assuré par le PEPFAR, l'USAID, le Fonds mondial, ainsi que par certains gouvernements nationaux et d'autres donateurs bilatéraux. ¹¹⁶
55. La révision de la méthodologie de l'indice de stigmatisation a été entreprise avec les objectifs suivants : (i) permettre la collecte de données qui permettent des comparaisons entre les milieux et les époques ; (ii) soutenir l'évaluation des interventions visant à réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, conformément à l'objectif mondial de l'ONUSIDA de zéro stigmatisation dans la réponse au VIH ; et (iii) fournir des données sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH qui sont recueillies avec la rigueur nécessaire.

56. Au début de l'année 2020, avec le soutien de l'ONUSIDA et du PEPFAR, une méthodologie d'échantillonnage révisée pour l'indice de stigmatisation 2.0 a été élaborée afin de garantir la capacité à mesurer et à comparer les manifestations de la stigmatisation et de la discrimination. L'accent a été mis en particulier sur la stigmatisation intersectionnelle fondée sur le sexe et l'identité sexuelle, l'âge, la sexualité, la profession dans le commerce du sexe et la consommation de drogues, et sur les interventions d'atténuation correspondantes, entre les pays et au sein des pays au fil du temps. Le questionnaire de l'indice de stigmatisation 2.0 comprend également une question sur la santé mentale des personnes vivant avec le VIH.

Tableau 1. État d'avancement de la mise en œuvre de l'indice de stigmatisation 2.0, 2020



57. L'enquête mondiale LGBTI sur le bonheur, le bien-être et la vulnérabilité au VIH. En 2019, l'ONUSIDA s'est associé à des chercheurs de l'Université d'Aix-Marseille, de l'Université du Minnesota et de la Fondation LGBT+ pour mener une vaste enquête mondiale sur le bonheur, le bien-être et la vulnérabilité au VIH des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT). ¹¹⁵ L'objectif était d'informer les actions de santé publique et la réponse au VIH en mettant l'accent sur les communautés LGBTI au niveau mondial, régional et national. L'enquête est considérée par les communautés LGBTI comme un effort crucial pour améliorer la compréhension de la façon dont les personnes LGBTI vivent dans le monde entier. ¹¹⁶ Les communautés se sont fortement engagées dans l'enquête, avec plus de 115 000 réponses provenant de 197 pays et territoires. Les données sont en cours d'analyse et les résultats seront publiés dans une série de publications impliquant des partenaires communautaires et universitaires.
58. Les premiers résultats¹¹⁷ obtenus grâce à une modélisation à plusieurs niveaux suggèrent que les personnes LGBTI courent un risque accru de contracter le VIH si elles sont confrontées à la stigmatisation. Le bien-être mental des participants vivant avec le VIH est nettement moins bon que celui des personnes qui ne vivent pas avec le VIH. La dépression, l'anxiété et le VIH se renforcent mutuellement et se produisent dans des contextes sociaux plus larges de stigmatisation. ¹¹⁸ Il a été constaté que les inégalités sociales et économiques sont associées à un bien-être mental plus faible chez les

personnes LGBTI ; les personnes vivant avec le VIH ont tendance à souffrir davantage de dépression et d'anxiété. Les résultats préliminaires suggèrent également que la stigmatisation et les problèmes de santé mentale omniprésents sont associés à des obstacles à l'accès et à l'engagement dans les soins de santé. La probabilité de ne jamais passer de test VIH était presque deux fois plus élevée chez les personnes LGBTI qui souffraient d'anxiété et de dépression graves que chez les personnes ne souffrant pas de ces problèmes de santé mentale.

59. En outre, deux autres enquêtes menées en avril et mai 2020 et en octobre et novembre 2020 ont montré que la crise COVID-19 augmente la vulnérabilité socio-économique¹¹⁹ et la vulnérabilité au VIH de la population LGBT. ¹²⁰

Nouveaux engagements de financement et mobilisation de ressources pour l'intégration des services de santé mentale, de toxicomanie et de lutte contre le VIH

60. PEPFAR. Le segment thématique du CCP sur la santé mentale et le VIH en décembre 2018 a éclairé la décision du PEPFAR de financer et d'inclure la santé mentale et le VIH comme nouveau domaine technique dans les orientations du Plan opérationnel national (COP) 2019 ¹²¹, en plus des activités de renforcement de la résilience et de soutien aux adolescentes et aux jeunes femmes dans l'initiative DREAMS, et de la mise en œuvre de l'indice de stigmatisation 2.0. La santé mentale est restée un domaine prioritaire du PEPFAR, également dans le cycle COP 2020. ¹²²
61. Dans le cadre des COP 2019, les interventions, programmes et services de santé mentale suivants ont été mis en œuvre par les partenaires d'exécution avec le soutien du PEPFAR ¹²³
- Le Botswana, Eswatini, la Namibie et la Zambie ont intégré l'"approche de traitement par éléments communs" dans les sites de prestation de soins de santé primaires, de soins prénataux et de services liés au VIH. Il s'agit d'une approche de traitement de la santé mentale intégrée et fondée sur des données probantes, qui associe les prestataires à un superviseur clinique. Elle est conçue pour les milieux à faibles ressources.
 - La région Asie, l'Afrique du Sud, l'Ukraine et la région de l'hémisphère occidental et des Caraïbes ont été soutenues par des programmes d'assistance technique de la HRSA/SAMHSA sur la consommation de substances et la formation des prestataires en matière d'intervention en santé mentale.
 - Le Burundi, le Cameroun et le Malawi ont offert une évaluation de la santé mentale et des services axés sur les populations prioritaires, notamment le personnel militaire et les personnes incarcérées.
62. Lors des COP 2020, le PEPFAR soutiendra un plus large éventail d'interventions et de services de santé ^{mentale}¹²³, notamment en Angola (services de soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH, en utilisant le modèle de mentorat des mères par les pairs) ; au Botswana (groupes et interventions de soutien psychosocial et d'observance, notamment pour les adolescents et les jeunes ; réduction de la stigmatisation et de la discrimination parmi les prestataires de services) ; Burundi (santé mentale et soutien psychosocial pour les populations clés et les enfants orphelins et vulnérables) ; et Cameroun (dépistage de la santé mentale pour les personnes vivant avec le VIH, réduction de la stigmatisation et de la discrimination parmi les travailleurs de la santé, modèle "Santé, dignité et prévention positives" avec services intégrés de VIH, de santé mentale et autres).

63. D'autres projets seront mis en œuvre en République Dominicaine (soutien psychosocial et soutien à l'observance, interventions communautaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination parmi les travailleurs de santé des établissements et de la communauté) ; en Éthiopie (organisations confessionnelles et chefs religieux fournissant un soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH) ; Kenya (soutien psychosocial et de santé mentale renforcé pour les adolescents vivant avec le VIH) ; et Malawi (soutien psychosocial et de santé mentale pour les adolescents vivant avec le VIH par le biais de clubs d'adolescents, et élargissement des cadres de prestataires de soins de santé et de services non professionnels, et formation au soutien psychosocial et de santé mentale pour les prestataires de soins de santé dans les cliniques VIH à grand volume).
64. Des interventions sont également en cours d'élaboration en Namibie (poursuite de la mise en œuvre d'interventions de santé mentale dans les sites de traitement du VIH à haut volume) ; en Afrique du Sud (services de soutien en santé mentale pour les personnes qui commencent un traitement contre le VIH) ; au Soudan (soutien psychosocial pour l'établissement de liens avec les soins du VIH, et soutien psychosocial pour les adolescents et les enfants, et pour les survivants de la violence sexuelle) ; l'Ukraine (soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH), le Viêt Nam (cliniques à guichet unique offrant des services de santé mentale et de toxicomanie), la Zambie (soutien psychosocial pour le traitement du VIH et l'adhésion à la PPrE) et le Zimbabwe (dépistage, traitement et soutien intégrés du VIH, de la santé mentale et de la toxicomanie, y compris le modèle du banc de l'amitié).
65. Dans le cadre du programme régional pour l'Asie, des services répondant aux besoins de protection psychosociale, économique et sociale des enfants seront fournis en Inde. La mise en œuvre de l'indice de stigmatisation 2.0 et les interventions ultérieures seront soutenues en Angola, au Botswana, en République démocratique du Congo, au Liberia, au Mali, au Myanmar, au Népal, en Afrique du Sud et en Zambie.
66. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En 2019, le Fonds mondial a élargi ses politiques de financement pour inclure plus explicitement les services de santé mentale et de toxicomanie destinés aux enfants, aux adolescents et aux adultes vivant avec le VIH, aux adolescentes et aux jeunes femmes, aux populations clés et à leurs partenaires. Les services recommandés comprennent l'orientation vers des services d'évaluation des risques, de conseil en réduction des risques, de dépistage et de soins en matière de santé mentale et de toxicomanie, la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence, y compris le développement de l'identité sexuelle, la dépression et les traumatismes, entre autres.^{124, 125, 126} Suite au plaidoyer et au soutien du Programme commun, des organisations de la société civile et d'autres partenaires, beaucoup dans toutes les régions ont inclus des interventions et des services intégrés de santé mentale et de lutte contre le VIH dans leurs demandes de financement au Fonds mondial dans le cadre des allocations des "guichets 1 à 4" (en attendant les approbations finales et les négociations de subventions).
67. Les efforts et le soutien de la communauté durant la pandémie COVID-19. De nombreux pays et communautés ont réussi à mettre en place des services et des systèmes de soutien supplémentaires centrés sur les personnes et les communautés pendant la pandémie. Par exemple, Phenomenal Positive Youths à Lusaka (une organisation communautaire de jeunes vivant avec le VIH) est active dans la communauté multisectorielle de communication des risques et s'occupe des questions de santé mentale, de stigmatisation et de discrimination chez les jeunes.¹²⁷ Au Zimbabwe, des groupes de "soutien par les pairs" assurent l'observance et le soutien

psychosocial à plus de 8 000 enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH, avec le soutien d'Africaid et de personnes formées au traitement des adolescents dans la communauté et de jeunes mères-mentors.⁸² Dans de nombreux pays de la région Asie-Pacifique, d'Europe orientale et d'Asie centrale, les personnes suivant un traitement de substitution aux opioïdes ont reçu des fournitures de méthadone et d'autres médicaments de substitution aux opioïdes, distribués dans la communauté et à emporter chez elles pendant plusieurs semaines. Elles bénéficient également d'horaires d'ouverture flexibles dans les cliniques de traitement de substitution aux opioïdes, ainsi que d'une aide psychosociale et d'un soutien en matière de transport.¹²⁸

68. Ces réponses communautaires et dirigées par les communautés aux défis posés par COVID-19, le VIH et la santé mentale soulignent le rôle essentiel des communautés, y compris des organisations communautaires et des travailleurs communautaires. Ils doivent être soutenus dans leur travail de protection et d'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec, affectées par et exposées au VIH, ainsi que des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Intégration du VIH et de la santé mentale dans la prochaine phase de la lutte contre le VIH

69. Pour la première fois, des objectifs spécifiques pour l'intégration des approches de la santé mentale et du VIH ont été inclus dans les objectifs mondiaux de lutte contre le VIH pour 2025. Comme approuvé par le Comité directeur des objectifs de lutte contre le sida pour 2025, les objectifs pour 2025 sont les suivants.
- *Objectif global d'intégration.* Adoption d'approches intégrées centrées sur les personnes et adaptées au contexte, qui soutiennent la réalisation des objectifs de 2025 liés au sida et permettent de relier au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH et des individus présentant un risque accru d'infection par le VIH aux services de lutte contre d'autres maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la violence sexuelle et sexiste, la santé mentale et aux autres services dont ils ont besoin pour leur santé et leur bien-être général.
 - *Objectifs d'intégration spécifiques à la population :*
 - Personnes vivant avec le VIH : 90 % ont accès à des services intégrés ou liés pour le traitement du VIH et des maladies cardiovasculaires, le cancer du col de l'utérus, la santé mentale, le diagnostic et le traitement du diabète, l'éducation sur les conseils en matière de mode de vie sain, les conseils pour arrêter de fumer et l'exercice physique.
 - les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : 90 % d'entre eux ont accès à des services de lutte contre le VIH intégrés (ou liés) à des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la santé mentale et la violence exercée par les partenaires intimes, des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste comprenant une prophylaxie post-exposition et des premiers secours psychologiques.
 - les travailleurs du sexe : 90 % ont accès à des services VIH intégrés (ou liés) à des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de santé mentale et de violence à l'égard des partenaires intimes, à des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent une prophylaxie post-exposition et des premiers secours psychologiques.
 - les personnes transgenres : 90 % des personnes transgenres ont accès à des services VIH intégrés ou liés aux IST, à la santé mentale, à la thérapie d'affirmation du genre, à la violence des partenaires intimes et aux programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la

- prophylaxie post-exposition, la contraception d'urgence et les premiers secours psychologiques.
- Les personnes qui s'injectent des drogues : 90% ont accès à des services complets de réduction des risques intégrés ou liés à l'hépatite C, au VIH et aux services de santé mentale.
70. L'intégration de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les services et les interventions en matière de VIH, y compris ceux dirigés par les communautés, a été incluse dans l'ébauche annotée de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2016 (UNAIDS/PCB (47)/20.36). Cette hiérarchisation des priorités contribuera à garantir que la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH seront pris en charge par des services, des soins et un soutien holistiques et intégrés. La stratégie offre la possibilité d'intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans les stratégies sanitaires, sociales et économiques, les plans et budgets de relance et le soutien communautaire des gouvernements et des partenaires.

Conclusion et voie à suivre

71. Nous ne pouvons pas mettre fin à l'épidémie de sida si nous ne garantissons pas la santé mentale et le bien-être tout au long de la vie, en particulier chez les personnes et les communautés les plus vulnérables. Les pays devraient s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mentale, de la consommation de drogues, de l'usage nocif de l'alcool et du VIH en élaborant et en adoptant des lois qui favorisent la protection sociale, la protection de l'enfance et l'égalité des sexes, et qui luttent contre la discrimination (notamment à l'égard des personnes qui consomment des drogues et d'autres populations clés, et des personnes souffrant de troubles mentaux). Il est urgent de mettre en place des politiques et des plans de réduction de la stigmatisation, des stratégies de lutte contre la pauvreté et d'autres mesures visant les facteurs sociaux et structurels, y compris la violence, qui alimentent l'épidémie. La mise en œuvre coordonnée d'interventions multisectorielles est nécessaire au niveau sociopolitique, dans les communautés et dans le secteur de la santé pour s'attaquer aux vulnérabilités associées au VIH, à la consommation de drogues, à la consommation nocive d'alcool, à la privation de liberté et aux problèmes de santé mentale.
72. La santé mentale, notamment celle des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées vivant avec le VIH, affectés par celui-ci ou exposés à un risque, des personnes souffrant de troubles mentaux, des toxicomanes, des alcooliques, des détenus et d'autres groupes vulnérables, restera une préoccupation majeure, même si les pays sortent de la pandémie COVID-19 et s'engagent dans le redressement de leurs systèmes sociaux, économiques et sanitaires. La santé mentale doit être pleinement prise en compte dans les réponses sanitaires, sociales et économiques des gouvernements, dans les plans et budgets de relance et dans le soutien des communautés.
73. Afin d'intégrer la santé mentale dans les services de prévention, de traitement et de soins du VIH avec les services de santé mentale et de promouvoir des approches centrées sur les personnes, sensibles au genre, spécifiques à l'âge et aux droits de l'homme, la prestation de services et les stratégies, le bien-être et la qualité de vie, un certain nombre d'actions clés doivent être prises et les investissements doivent être réalisés^{1,2} Les approches intégrées sont considérées comme un moyen d'atteindre une couverture sanitaire universelle¹⁷⁰ et considérées par la Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le développement durable comme l'une des sept actions clés pour améliorer la santé mentale des populations.¹⁷¹ L'intégration des politiques, des interventions et des services en matière de VIH et de santé mentale implique la

reconnaissance des liens bidirectionnels entre la santé mentale et le VIH et des investissements dans ce domaine. Elle reflète également les valeurs communes d'accroissement de l'action individuelle et de réduction des disparités dans l'accès à des services, des soins et un soutien de qualité.

74. Le rôle des communautés dans l'engagement et la direction de la lutte contre le VIH, les problèmes de santé mentale, les problèmes neurologiques, la consommation de drogues ou d'alcool, et maintenant la pandémie COVID-19, est crucial. Les communautés et les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les groupes de jeunes et de femmes ont trois décennies d'expérience dans la mise en œuvre de programmes communautaires centrés sur la personne et la réduction de la stigmatisation et dans le soutien dans le contexte du VIH, que les pays peuvent exploiter pour mieux informer et soutenir les réponses de santé publique communautaires aux problèmes de santé mentale, neurologiques et de consommation de substances, et COVID-19.
75. En outre, pour traiter les effets de COVID-19 sur les femmes et les filles, et sur d'autres groupes vulnérables, il faut également des services intégrés qui adaptent les services aux survivants de la violence et d'autres violations des droits de l'homme dans le cadre de COVID-19. Les services intégrés en matière de VIH, de santé mentale et de COVID-19 doivent également atteindre les populations dans les milieux fermés (par exemple, les prisons), humanitaires et d'urgence afin de protéger leur santé et leur bien-être. Les travailleurs sanitaires et communautaires et les autres prestataires de services - dans ou en dehors des établissements de santé, parmi lesquels ceux qui fournissent des services liés au VIH, à la santé mentale, aux troubles neurologiques et à la toxicomanie - doivent bénéficier d'un soutien et de conseils en matière de santé mentale et psychosociale.
76. La pénurie et le manque de capacités des ressources humaines pour la fourniture de services de santé mentale et de toxicomanie doivent être traités d'urgence par les pays et les partenaires au développement. Les pays devraient développer, renforcer les capacités et former un cadre de prestataires spécialisés et non spécialisés pour la prévention, le traitement et les soins des maladies mentales et des toxicomanies en utilisant les ressources locales disponibles, y compris au niveau communautaire, et mobiliser des ressources supplémentaires si elles font défaut. Il convient d'investir dans l'intensification des interventions communautaires et dirigées par la communauté pour promouvoir la santé mentale, les droits de l'homme, la non-discrimination, le bien-être et la qualité de vie. Les pays devraient déterminer quelles tâches devraient être transférées et quels cadres de prestataires devraient être formés et mobilisés pour dispenser les soins, ainsi qu'organiser des systèmes de supervision durables et identifier les ressources aux niveaux régional et national pour assurer la durabilité.¹⁷²
77. Il existe plusieurs "inconnus" concernant les liens entre la santé mentale et le VIH, entre le VIH et la consommation de drogues non injectables, et concernant l'impact mesurable des stratégies et interventions intégrées en matière de santé mentale, de troubles neurologiques, de consommation de substances et de VIH sur le VIH et d'autres résultats. Il est important de combler les lacunes de nos connaissances et de nos programmes sur les conditions de santé mentale, la consommation de drogues ou l'usage nocif de l'alcool dans le contexte du VIH par des recherches supplémentaires et la science de la mise en œuvre.

Points de décision proposés

78. Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
- *reconnaître* les progrès réalisés par les pays, le Programme commun de l'ONUSIDA et d'autres partenaires pour soutenir les services intégrés de santé mentale et de lutte contre le VIH, ainsi que l'impact négatif potentiel supplémentaire de COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des personnes vivant avec et affectées par le VIH;
 - *rendre note du* rapport sur la santé mentale et le VIH ;
 - *rappeller* que les participants au CCP sont priés de soumettre des commentaires écrits en remplacement du débat suivant la 47e réunion du CCP, comme convenu dans le cadre de la procédure intersessions (UNAIDS/PCB (47)/20.23) ; et
 - *demander* au Programme commun de faire rapport sur les progrès accomplis lors d'une prochaine réunion du CCP.

UNEDITTEL

Annexe 1 : Tableaux

Tableau 1. VIH, santé mentale et toxicomanie : justifications des liens et de l'intégration des services, interventions, programmes et stratégies

Conditions de santé mentale
<ul style="list-style-type: none">• Ils affectent environ 971 millions de personnes dans le monde ¹²⁹ et sont fréquents et disproportionnés parmi les 38 millions de personnes vivant avec le VIH ;• Sont associés à un risque accru de VIH, en particulier lorsqu'ils sont graves, et les personnes souffrant de graves troubles mentaux ont une forte prévalence du VIH en Amérique, en Europe, en Afrique et en Asie ; ¹³⁰• Manque ou retard dans l'accès à l'information sur le VIH, la prévention, le dépistage, l'établissement de liens et l'adhésion aux soins ; ^{131, 132, 133, 134}• Il existe une relation étroite entre la santé mentale et l'adhésion au traitement du VIH chez les femmes. Les femmes vivant avec le VIH sont touchées par la dépression, l'anxiété, le stress, le manque d'estime de soi, la motivation à continuer à vivre et l'auto-stigmatisation qui influence le comportement des femmes en matière de santé et l'adhésion au traitement du VIH ; ¹³⁵• Le traitement de la dépression peut améliorer l'adhésion aux soins et les résultats du VIH ; ¹³⁶• Sont parfois associées à une augmentation de la mortalité due au VIH. ^{137, 138, 139, 140, 141}
Questions relatives à la consommation d'alcool et de drogues
<ul style="list-style-type: none">• Environ 283 millions de personnes sont touchées par la consommation nocive d'alcool, et les modes de consommation à haut risque augmentent le risque d'infection par le VIH ; ¹⁴²• 3 % des décès dus au VIH sont imputables à l'alcool ; ¹⁴³• L'infection par le VIH est très répandue parmi les consommateurs de drogues (on estime que 1,4 million de consommateurs de drogues injectables vivent avec le VIH) ; ¹⁴⁴• Environ 35 millions de personnes vivent avec la toxicomanie et ont besoin de services de traitement ; ¹⁴⁴• La consommation de substances (en particulier la consommation de drogues injectables) augmente le risque de transmission du VIH ; ^{145, 146}• Les personnes qui consomment des substances, y compris de la drogue et de l'alcool, ont de mauvais résultats dans le traitement du VIH ; ^{147, 148}• Les personnes qui consomment des substances, y compris des drogues et de l'alcool, n'ont pas accès au dépistage et au traitement du VIH, et n'adhèrent pas aux soins et au traitement du VIH ; ^{132, 148, 149, 150, 151, 152, 153}• Environ 20 % des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne sont associées à l'utilisation de drogues injectables, mais les obstacles politiques et sociaux aux soins ainsi que la pénurie de services de traitement de la toxicomanie persistent ; ¹⁴⁴• Il est prouvé que le traitement médicamenteux est associé à une augmentation de la couverture et de l'observance du TARV. ¹⁵⁴
Suicide
<ul style="list-style-type: none">• On estime que 800 000 personnes se suicident chaque année et que la mortalité due au suicide est élevée parmi les personnes séropositives ; ^{22 155, 156}• Les taux d'idées ou de tentatives de suicide varient de 13 % à 17 % chez les personnes vivant avec le VIH dans trois études africaines ; ^{57, 158, 159}• Des stratégies ciblées visant à réduire le risque de suicide et les décès par suicide bénéficient aux personnes vivant avec le VIH. ^{160, 161}
Stigmatisation et discrimination
<ul style="list-style-type: none">• La stigmatisation sociale, y compris parmi les prestataires de services de santé, affecte le bien-être mental et peut limiter l'offre et l'utilisation des services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les lois et les politiques déterminent également les risques et la protection des populations clés et marginalisées. La criminalisation de l'homosexualité, du travail du sexe et/ou de la consommation de drogues, et le refus de sanctionner les pratiques de prévention, telles que l'échange de seringues ou la fourniture de préservatifs dans les prisons, sont autant d'obstacles à la prévention du VIH ; ¹⁶²

- Les populations clés, les personnes vivant avec le VIH et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont souvent confrontées à une stigmatisation à multiples facettes et aux effets de systèmes de discrimination interdépendants. ^{163, 164} La stigmatisation associée au VIH - et aux identités marginalisées - a été liée à l'anxiété, à la dépression, à une faible estime de soi et à une mauvaise observance des soins liés au VIH ; ¹⁶⁵
- En milieu carcéral, où les problèmes de santé mentale sont de plus en plus fréquents, la sensibilisation, la formation et l'accès aux services de santé mentale sont souvent limités, voire inexistantes ;
- La stigmatisation reste un obstacle à l'accès au traitement de la toxicomanie, aux soins de santé mentale et aux services liés au VIH ; ^{166, 167}
- Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont souvent associées à l'exclusion sociale des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. ¹⁶⁸ Les facteurs communautaires, du système de santé et interpersonnels associés au risque de suicide peuvent s'accumuler dans les communautés vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH. ¹⁶⁹ Ces facteurs comprennent la stigmatisation associée à la recherche d'aide, l'accès limité aux services de santé mentale, la vie dans un contexte de guerre ou de déplacement, les pressions d'acculturation, la discrimination, l'isolement, le manque de soutien social, les lois punitives et les politiques et pratiques discriminatoires. ¹⁶⁹

Références

1. 43e réunion, ONUSIDA, point 12 de l'ordre du jour du CCP Segment thématique Santé mentale et VIH/sida - promouvoir les droits de l'homme, une approche intégrée et centrée sur la personne pour améliorer l'observance du traitement antirétroviral, le bien-être et la qualité de vie. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2018 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/PCB43_18.32).
2. 44e réunion, décisions du CCP de l'ONUSIDA. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2019 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/PCB44_Decisions).
3. Ayuso-Mateos JL, Montanes F, Lastra I, Garza JJPDL, Ayuso-Gutierrez JL. Infection par le VIH chez les patients psychiatriques : Une étude anonyme non reliée. *British Journal of Psychiatry*. 1997;170(February):181-5.
4. Beckford Jarrett S, De La Haye W, Miller Z, Figueroa JP, Duncan J, Harvey K. High prevalence of psychiatric and substance use disorders among persons seeking treatment for HIV and other STIs in Jamaica : a short report. *AIDS Care*. 2018;30(5):604-8.
5. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.
6. Collins PY, Holman A, Freeman M, Patel V. Quelle est la pertinence de la santé mentale pour les programmes de soins et de traitement du VIH/SIDA dans les pays en développement ? Une étude systématique. *LE SIDA*. 2006;20(12):1571-82.
7. Duko B, Toma A, Abraham Y. Prevalence and correlates of common mental disorder among HIV patients attending antiretroviral therapy clinics in Hawassa City, Ethiopia. *Annales de la psychiatrie générale*. 2019;18:17.
8. 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 Psychiatrie*. 2011;11:205.
9. Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis. *SIDA*. 2018;32Suppl1:S5-s20.
10. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Santé mentale et VIH/SIDA : la nécessité d'une réponse intégrée. *SIDA*. 2019;33(9):1411-20.
11. Shadloo B, Amin-Esmaeili M, Motevalian A, et al. Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in IRAN : Prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *J Psychosom Res*. 2018;110:24-31.
12. Duko B, Ayalew M, Ayano G. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS : a systematic review and meta-analysis. *Traitement, prévention et politique en matière de toxicomanie*. 2019;14(1):52.
13. Cook JA, Burke-Miller JK, Steigman PJ, et al. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of Psychiatric and Substance Use Disorders and Associations with HIV Risk Behaviors in a Multisite Cohort of Women Living with HIV. *Comportement face au sida*. 2018;22(10):3141-54.
14. Ciesla JA, Roberts JE. Méta-analyse de la relation entre l'infection par le VIH et le risque de troubles dépressifs. *Am J Psychiatrie*. 2001;158:725-30.
15. Rabkin JG. VIH et dépression : bilan et mise à jour 2008. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008;5(4):163-71. 158 Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Dépression et

non-observance du traitement du VIH/SIDA : examen et méta-analyse. JAIDS. 2011;58(2):181–7.

16. Brandt R. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa : a systematic review. Afr J AIDS Res. 2009;8(2):123-33.

17. Nakimuli-Mpungu E, Bass JK, Alexandre P, Mills EJ, Musisi S, Ram M et al. Depression, alcohol use and adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa : a systematic review. AIDS Behav. 2012;16:2101–18.

18. Berg CJ, Michelson SE, Safren SA. Aspects comportementaux des soins du VIH : adhésion, dépression, consommation de substances et comportements de transmission du VIH. Infect Dis Clin North Am. 2007;21(1):181-200.

19. Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis. SIDA. 2018;32 Supplément 1 : S5-s20.

20. IHME. Global Health Data Exchange - GBD Results Tool. 2017 (consulté le 15 septembre 2020)

21. Brown LE, Majeed I, Mu W, McCann J, Durborow S, Chen S, Blank MB. Risque de suicide chez les personnes vivant avec le VIH. Soins du SIDA. 2020;3:1-7.

22. Ruffieux Y, Lemsalu L, Aebi-Popp K, Calmy A , Cavassini M, Fux CA, Günthard HF, Marzolini C, Scherrer A, Vernazza P, Keiser O, Egger M, Swiss HIV Cohort Study et la cohorte nationale suisse. Mortalité par suicide chez les personnes vivant avec le VIH et dans la population suisse en général : 1988-2017. J Int AIDS Soc. 2019;22(8):e25339.

23. Annette H Sohn AH, Ross J, Wainberg ML. Obstacles aux soins de santé mentale et au traitement des personnes vivant avec le VIH dans la région Asie-Pacifique. J Int AIDS Soc. 2018;21:e25189.

24. Hartzler B, Dombrowski JC, Crane HM, Eron JJ, Geng EH, Mathews WC, Mayer KH, Moore RD, Mugavero MJ, Napravnik S, Rodriguez B, Donovan DM. Prévalence et prédicteurs des troubles liés à la consommation de substances parmi les personnes inscrites aux soins du VIH aux États-Unis. Comportementsida. 2017;21(4):1138–1148.

25. Clifford DB, Ances BM. Trouble neurocognitif associé au VIH. Lancet Infect Dis. 2013;13(11):976–986.

26. Rapport de la réunion de l'OMS sur la surmortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf?ua=1).

27. Helleberg M, Pedersen MG, Pedersen CB , Mortensen PB, Obel N. Associations between HIV and schizophrenia and their effect on HIV treatment outcomes : a nationwide population-based cohort study in Denmark. Lancet HIV. 2015;2(8):e344-50.

28. Aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à vivre plus longtemps et en meilleure santé : dossier politique. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259575/WHO-MSD-MER-17.7-eng.pdf;jsessionid=C71119957842838BEE3120CEE9AAB64?sequence=1>).

29. Nakimuli-Mpungu E, Bass JK, Alexandre P, Mills EJ, Musisi S, Ram M et al. Depression, alcohol use and adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa : a systematic review. AIDS Behav. 2012;16:2101–18.

30. Berg CJ, Michelson SE, Safren SA. Aspects comportementaux des soins du VIH : adhésion, dépression, consommation de substances et comportements de transmission du VIH. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:181-200. 162 Springer SA, Dushaj A, Azar MM. The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy

- among adult persons living with HIV/AIDS : a systematic review. *AIDS Behav.* 2012;16:2119–43.
31. Cook JA, Grey D, Burke J, Gurtman AC, Richardson JL, Wilson TE et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *Am J Santé publique.* 2004;94:1133–40.
32. Sin NL, DiMatteo MR. Le traitement de la dépression améliore l'adhésion à la thérapie antirétrovirale : une méta-analyse. *Ann Behav Med.* 2014;47(3):259–69.
33. Santé mentale des adolescents. Faits clés. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>).
34. 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.
35. Chaque enfant survit et s'épanouit. Objectif 1. Rapport annuel sur les résultats globaux. New York : UNICEF ; 2019.
36. Les causes de décès chez les adolescents. Estimations de la santé mondiale (GHE). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016.
37. Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) : conseils pour soutenir la mise en œuvre au niveau national. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017.
38. Kreniske P, Mellins CA, Dolezal C, Korich R, Leu CS, Wiznia A, Abrams EJ. Donner l'alarme : Les jeunes infectés par le VIH en période périnatale sont plus susceptibles de tenter de se suicider que leurs pairs de la cohorte non infectée. *Santé des adolescents.* 2019 ; 65(5):702-705.
39. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. VIH et vieillissement : améliorer la quantité et la qualité de vie. *Opinion actuelle sur le VIH et le sida.* 2016;11(5):527-36.
40. AIDSInfo. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
41. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. VIH et vieillissement : améliorer la quantité et la qualité de vie. *Opinion actuelle sur le VIH et le sida.* 2016;11(5):527-36.
42. Plöderl M, Tremblay P. Santé mentale des minorités sexuelles. Une revue systématique. *Int Review of Psychiatry.* 2015;27(5):367-85.
43. 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.
44. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Santé mentale et VIH/SIDA : la nécessité d'une réponse intégrée. *SIDA.* 2019;33(9):1411-1420.
45. Bogart LM, Wagner GJ, Galvan FH, Landrine H, Klein DJ, Sticklor LA. Discrimination perçue et symptômes de santé mentale chez les hommes noirs séropositifs. *Cult Divers Ethn Minor Psychol.* 2011;17:295–302.
46. Dale SK, Bogart LM, Galvan FH, Wagner GJ, Pantalone DW, Klein DJ. Discrimination et crimes haineux dans le contexte de la pauvreté du quartier et des facteurs de stress chez les hommes afro-américains séropositifs qui ont des relations sexuelles avec des hommes. *J Commun Health.* 2016;41:574–583.
47. Santé mentale et prisons. Fiche d'information. Genève : Organisation mondiale de la santé et CICR (https://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf)
48. Durcan G, Jan Cees Zwemstra JC. La santé mentale en prison. Prisons et santé. Copenhague : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe ; 2014 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

49. Les problèmes de santé mentale dans les situations de conflit sont beaucoup plus répandus que nous le pensions. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/redirect-pages/mega-menu/health-topics>).
50. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings : a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394:240–4.
51. Miles to Go : Comblent les écarts, briser les barrières, redresser les injustices. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2018 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf).
52. Atlas de la santé mentale 2017. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018.
53. Santé mentale : augmentation massive des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/).
54. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological Treatments for the World : Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Revue annuelle de psychologie clinique*. 2017;13:149-81.
55. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, et al. Effect of a Primary Care-Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe : A Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2016;316(24) : 2618-26.
56. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda : a cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*. 2020;8(3):e387-e98.
57. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile : a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9362):995-1000.
58. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, 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.
59. Bolton P, Lee C, Haroz EE, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders : development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med*. 2014;11(11):e1001757.
60. Patel V, Weiss H, Chowdhary N, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS) : a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;18:2086-95.
61. 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.
62. Galarraga O, Gao B, Gakinya BN, et al. Task-shifting alcohol interventions for HIV+ persons in Kenya : a cost-benefit analysis. *Recherche sur les services de santé de la BMC*. 2017;17(1):239.
63. Papas RK, Sidle JE, Gakinya BN, et al. Résultats du traitement d'un essai cognitivo-comportemental de phase 1 visant à réduire la consommation d'alcool chez des patients externes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine dans l'ouest du Kenya. *Addiction (Abingdon, Angleterre)*. 2011;106(12):2156-66.
64. 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. *Comportement face au sida*. 2018;22(1):86-101.

65. Kaaya S, Eustache E, Lapidos-Salaiz I, Musisi S, Psaros C, Wissow L. Grands défis : Améliorer les résultats du traitement du VIH en intégrant des interventions pour les maladies mentales comorbides. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001447.
66. mhGAP Intervention Guide - Version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>).
67. Journée mondiale de la santé mentale : une occasion de donner le coup d'envoi d'une augmentation massive des investissements dans la santé mentale. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>).
68. Dossier politique : COVID-19 et la nécessité d'agir sur la santé mentale. New York : Nations unies ; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf).
69. Santé mentale & COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>).
70. Sher L. L'impact de la pandémie COVID-19 sur le taux de suicide. *QJM : An International Journal of Medicine.* 2020;113(10):707–712.
71. Ahmeda MZ, Ahmed O, Aibaoa Z, Hanbina S, Siyuc L, Ahmadd A. Epidémie de COVID-19 en Chine et problèmes psychologiques associés. *Asian J of Psychiatry.* 2020;51:102092.
72. Un investissement substantiel est nécessaire pour éviter une crise de la santé mentale. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>).
73. Gestion clinique de COVID-19. Orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>).
74. Luming L, Fangyong L, Fortunati F, Krystal JH. Association d'un diagnostic psychiatrique antérieur avec mortalité parmi les patients hospitalisés atteints d'une infection à la maladie coronavirus 2019 (COVID-19). *Réseau JAMA ouvert.* 2020;3(9):e2023282.
75. Liotta E, Batra A, Clark JR, Shlobin NA, Hoffman SC, Orban ZS, Koralnik IJ. Manifestations neurologiques fréquentes et morbidité associée à l'encéphalopathie chez les patients atteints de COVID-19. *Ann Clin Transl Neu.* 2020;7:2221-2230.
76. Rimmer A. COVID-19 : L'impact des symptômes à long terme sera profond, prévient la BMA. *BMJ.* 2020;370:m3218.
77. L'impact de COVID-19 sur les services de santé mentale, neurologique et de toxicomanie : résultats d'une évaluation rapide. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
78. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, Weaver MD, Robbins R, Facer-Childs ER, Barger LR, Czeisler CA, Howard ME, Rajaratnam SM. Santé mentale, toxicomanie et idées suicidaires pendant la pandémie COVID-19 - États-Unis, 24-30 juin 2020. *MMWR.* 2020;69(32):1049–1057.
79. Le pic de suicide au Japon montre que le COVID-19 a des effets néfastes sur la santé mentale. *The Japan Times.* 9 octobre 2020. (<https://www.japantimes.co.jp/news/2020/10/09/national/social-issues/suicide-mental-health-coronavirus/>).
80. Tesfaye M, Kaestel P, Olsen MF, Girma T, Yilma D, Abdissa A, Ritz C, Prince M, Friis H, Hanlon C. Food insecurity, mental health and quality of life among people living with HIV commencing antiretroviral treatment in Ethiopia : a cross-sectional study. *Résultats en matière de santé et de qualité de vie.* 2016;14(37).

81. L'impact de COVID-19 sur les services de santé mentale, neurologique et de toxicomanie : Résultats d'une évaluation rapide. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
82. Programmation VIH dans le contexte de COVID-19 : Maintenir les acquis et réimaginer l'avenir. Compendium des approches innovantes en Afrique orientale et australe. New York : UNICEF ; 2020 (<https://www.unicef.org/esa/reports/unicefs-hiv-programming-context-covid-19-sustaining-gains-and-reimagining-future>).
83. COVID-19 et mettre fin à la violence contre les femmes et les filles. New York : ONU Femmes ; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls>).
84. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le cadre de la réponse à la COVID-19. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/covid19-stigma-brief_en.pdf).
85. COVID-19 et VIH : 1 Moment. 2 Epidémies. 3 Opportunités. Comment saisir l'occasion d'apprendre, de tirer parti et de construire une nouvelle voie pour la santé et les droits de chacun. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf).
86. Hamadani JD, Hasan MI, Baldi AJ, Hossain SJ, Shiraji S, Bhuiyan MS, Mehrin SF, Fisher J, Tofail F, Tipu SMT, Grantham-McGregor S, Biggs BA, Braat S, Pasricha SR. Impact immédiat des ordres de rester à la maison pour contrôler la transmission de COVID-19 sur les conditions socio-économiques, l'insécurité alimentaire, la santé mentale et la violence du partenaire intime chez les femmes du Bangladesh et leurs familles : une série chronologique interrompue. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e1380–1389.
87. L'impact de COVID-19 sur la vie et les moyens de subsistance des femmes et des hommes en Europe et en Asie centrale : Résultats préliminaires d'une évaluation rapide de l'impact sur les femmes et les hommes. ONU Femmes ; 2020 (<https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/07/the-impact-of-covid19-on-womens-and-mens-lives-and-livelihoods>).
88. Déverrouillage du verrouillage : Les effets de COVID-19 sur la réalisation du SDGS en Asie et dans le Pacifique. Rapport d'enquête. ONU Femmes ; 2020 (<https://data.unwomen.org/publications/unlocking-lockdown-gendered-effects-covid-19-achieving-sdgs-asia-and-pacific>).
89. RAPID GENDER ASSESSMENT (RGA) pour la situation COVID-19 en République du Kazakhstan. FNUAP, ONU Femmes, les femmes comptent ; 2020 (https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/06/rapid%20gender%20assessment%20kazakhstan_eng.pdf?la=en&vs=2539).
90. Évaluation rapide de l'impact de COVID-19 sur l'égalité des sexes en République kirghize. ONU Femmes ; 2020 (<https://kyrgyzstan.un.org/en/48889-gender-rapid-assessment-impact-covid-19-kyrgyz-republic>).
91. L'impact économique et social de COVID-19 sur les femmes et les hommes : Évaluation rapide des implications de COVID-19 en Turquie. ONU Femmes ; 2020 (<https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/the-impact-of-covid19-on-women-and-men-rapid-gender-assessment-of-covid19-implications-in-turkey>).
92. L'impact économique et social de COVID-19 sur les femmes et les hommes : Evaluation rapide des implications de COVID-19 en Ukraine. ONU Femmes ; 2020

(<https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/05/rapid-gender-assessment-of-the-situation-and-needs-of-women>).

93. Évaluation rapide de l'impact de COVID-19 sur les femmes vulnérables en Jordanie. ONU Femmes ; 2020 (<https://jordan.unwomen.org/en/digital-library/publications/rapid-assessment-of-the-impact-of-covid19-on-vulnerable-women-in-jordan#view>).

94. II Enquête sur l'impact de COVID-19 sur les PVVIH. Analyse des résultats régionaux. ONUSIDA Amérique latine et Caraïbes ; 2020.

(<http://onusidalac.org/1/index.php/internas/item/2615>
<http://onusidalac.org/1/images/infographic2-survey-ENG.pdf>).

95. Fisher JRW, Tran TD, Hammarberg K, Sastry J, Nguyen H, Rowe H, Popplestone S, Stocker R, Stubber C, Kirkma M. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions : a national survey. Med J Aust. 2020

(<https://www.mja.com.au/journal/2020/mental-health-people-australia-first-month-covid-19-restrictions-national-survey>).

96. VIH : impact sur la santé mentale et la qualité de vie à l'époque de la COVID-19. Équipe spéciale interinstitutions sur les jeunes populations clés (IATT on YKPs) en Asie et dans le Pacifique ; 2020 (<https://www.ykptaskteam.org/survey/young-sex-workers-blog-unfpa-appro-tbc-2>).

97. Réponse globale des Nations unies à la COVID-19 : Sauver des vies, protéger les sociétés, mieux se rétablir. New York : Nations unies ; 2020.

(https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_comprehensive_response_to_covid-19_june_2020.pdf).

98. Le ministère de la santé et l'OMS promeuvent un bien-être holistique en matière de santé mentale à la lumière de la Journée mondiale de prévention du suicide. Les lignes d'assistance téléphonique en matière de santé mentale ont été renforcées par une vague d'appels durant la pandémie COVID-19. Organisation mondiale de la santé ; 2020

(<https://www.who.int/philippines/news/detail/10-09-2020-doh-and-who-promote-holistic-mental-health-wellness-in-light-of-world-suicide-prevention-day>).

99. La programmation de l'UNICEF en matière de VIH dans le contexte de COVID-19 : Maintenir les acquis et réimaginer l'avenir des enfants, des adolescents et des femmes.

Compendium des approches innovantes en Afrique orientale et australe. UNICEF Afrique de l'Est et Afrique australe ; 2020 (<https://www.unicef.org/esa/media/6621/file/HIV%20COVID-19%20Compendium%20-July%202020.pdf>).

100. Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Buck BE, Brenner C, Moser L, L.Jarskog LF, Harker S, Chwastiak LA. Prestation de soins de santé mentale communautaires pendant la pandémie de COVID-19 : Practical Strategies for Improving Care for People with Serious Mental Illness (Stratégies pratiques pour améliorer les soins aux personnes atteintes de maladies mentales graves). CommunityMentHealth J. 2020;19:1-11.

101. mhGAP operations manual : mental health Gap Action Programme (mhGAP). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018

(https://www.who.int/mental_health/mhgap/operations_manual/en/).

102. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020-2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/).

103. Matériels QualityRights pour la formation, l'orientation et la transformation. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019

(<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).

104. Lignes directrices sur les interventions promotionnelles et préventives en matière de santé mentale pour les adolescents. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020

<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>).

105. Réunion virtuelle du GDG sur la mise à jour des lignes directrices consolidées pour l'utilisation des antirétroviraux dans la prévention et le traitement de l'infection par le VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/11-09-2020-gdg-virtual-meeting-on-the-update-of-the-consolidated-guidelines-for-use-of-antiretrovirals-for-preventing-and-treating-hiv-infection>).

106. Des services de santé adaptés aux adolescents vivant avec le VIH : de la théorie à la pratique. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/adolescent-friendly-health-services-for-adolescents-living-with-hiv>).

107. Session d'apprentissage sur les mères adolescentes séropositives et leurs enfants en Afrique subsaharienne. Rapport d'une consultation co-organisée par l'OMS et la Coalition pour les enfants touchés par le sida. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/learning-session-on-hiv-affected-adolescent-mothers-and-their-children-in-sub-saharan-africa>).

108. Leading Minds Conference for Children and Young People ; 2019 (http://leadingminds.co/?utm_source=unicefconnectchantellesblog&utm_medium=website&utm_campaign=leadingminds).

109. Donner la priorité à la continuité des services pour les adolescents vivant avec le VIH pendant la pandémie COVID-19. Note d'information. New York : UNICEF ; 2020 (<https://www.childrenandaids.org/covid19-adol-services>).

110. Prévention du VIH, traitement, soins et soutien aux personnes qui consomment des stimulants. Guide technique. ONUDC, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA ; 2019 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf).

111. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les prisons : A Technical Guide. ONUDC, FNUAP, Organisation mondiale de la santé, ONU Femmes, ONUSIDA. Nations unies, Vienne ; 2019 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-01573_HIV_Prison_Mother_child_eBook.pdf).

112. Maintenir les services de santé essentiels : orientations opérationnelles pour le contexte COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>).

113. IASC Guidance on Operational considerations for Multisectoral Mental Health and Psychosocial Support Programmes during the COVID-19 Pandemic. Genève : IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support ; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>).

114. Santé mentale et soutien psychosocial - Ressources pour COVID-19. Genève : IASC ; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>).

115. Le grand événement pour la santé mentale. Organisation mondiale de la santé ; 2020. (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/10/10/default-calendar/the-big-event-for-mental-health>).

116. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0. Quoi de neuf dans l'Indice de stigmatisation 2.0 ? ICW, GNP+, ONUSIDA

[\(https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/the-people-living-with-hiv-stigma-index-2-0/\)](https://www.stigmaindex.org/about-the-stigma-index/the-people-living-with-hiv-stigma-index-2-0/).

115. L'ONUSIDA et la Fondation LGBT lancent une étude révolutionnaire sur le bonheur, la sexualité et la qualité de vie des personnes LGBTI. Genève : ONUSIDA ; 2019

(https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/may/20190514_survey).

116. Communiqué de presse de la Fondation LGBT ; 2019

(https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/may/20190514_survey)

117. Lamontagne E, Howell S, Yakusik A, Ross MW. Les déterminants du bonheur, du bien-être et de la vulnérabilité au VIH au sein de la communauté LGBT : Une analyse économique. (en cours). 2020.

118. Lamontagne E, Howell S, Yakusik A, Well-being of LGBTI+ people as an essential element of the global HIV response. Conférence AIDS2020. 2020;A-AIDS2020-08589.

119. Lamontagne E, Doan T, Howell S, Yakusik A, Baral S, Strömdahl S, et al. La pandémie de COVID-19 accroît la vulnérabilité socio-économique des communautés LGBT+ et leur sensibilité au VIH. Conférence AIDS2020. 2020;C-AIDS2020-11633

120. Santos G-M, Ackerman B, Rao A, Wallach S, Ayala G, Lamontagne E, et al. Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men. SIDA et comportement. 2020;1-11.

121. PEPFAR 2019 Guide du plan opérationnel national pour tous les pays du PEPFAR.

Washington : PEPFAR ; 2019 (<https://www.state.gov/pepfar/>).

122. PEPFAR 2020 Country Operational Plan Guidance for all PEPFAR Countries.

Washington : PEPFAR ; 2020 (https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/11/2019-11-25-COP20-Guidance-Full-Consolidated_Public-2-1.pdf).

123. Base de données des plans opérationnels nationaux/régionaux (COPs/ROP) du PEPFAR. Washington : Amfar ; 2020 (<https://copsdata.amfar.org/about/sources>).

124. Manuel du cadre modulaire 2019. Genève : Le Fonds mondial ; 2019

(https://www.theglobalfund.org/media/4309/fundingmodel_modularframework_handbook_en.pdf).

125. Fiche technique sur le VIH et les populations clés. Programmation à l'échelle avec les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés. Genève : Le Fonds mondial ; 2019

(https://www.theglobalfund.org/media/4794/core_keypopulations_technicalbrief_en.pdf?u=637319005413370000).

126. Trente-troisième réunion du Conseil d'administration Soutien du Fonds mondial aux coinfections et aux comorbidités Décision du Conseil d'administration GF/B33/11. Genève :

Le Fonds mondial ; 2015 (https://www.theglobalfund.org/media/4167/bm33_11-co-infectionsandco-morbidities_report_en.pdf).

127. Les jeunes séropositifs sont en tête de file lors de la pandémie COVID-19 en Zambie. ONUSIDA ; 2020

(https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/july/20200723_zambia).

128. Aider les consommateurs de drogues à suivre un traitement à la méthadone pendant le confinement de COVID-19 au Kazakhstan. ONUSIDA ; 2020

(https://www.unaids.org/en/20200424_Kazakhstan_ost).

129. GBD 2017 Collaborateurs sur l'incidence et la prévalence des maladies et des blessures. Incidence et prévalence mondiales, régionales et nationales, et nombre d'années vécues avec un handicap pour 354 maladies et blessures dans 195 pays et territoires, 1990-2017 : une analyse systématique pour l'Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
130. 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.
131. Krumme AA, Kaigamba F, Binagwaho A, Murray MB, Rich ML, Franke MF. Dépression, observance et attrition des soins chez les adultes infectés par le VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale. *Journal d'épidémiologie et de santé communautaire*. 2015;69(3):284-9.
132. 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;26Suppl 2:117-35.
133. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Dépression et adhésion à la thérapie antirétrovirale dans les pays à faible, moyen et haut revenu : étude systématique et méta-analyse. *Rapports actuels sur le VIH/sida*. 2014;11(3):291-307.
134. McMahan JM, Braksmajer A, Zhang C, et al. Syndemic factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adult heterosexual men. *Recherche et thérapie du SIDA*. 2019;16(1):32.
135. Principaux obstacles à l'accès des femmes au traitement du VIH : Un examen global. ONU Femmes, AVAC, Athena Network, Salamander Trust. ONU Femmes ; 2017 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment>).
136. Sin NL, DiMatteo MR. Le traitement de la dépression améliore l'adhésion à la thérapie antirétrovirale : une méta-analyse. *Annals of behavioral medicine : une publication de la Society of Behavioral Medicine*. 2014;47(3):259-69.
137. Antelman G, Kaaya S, Wei R, et al. Les symptômes dépressifs augmentent le risque de progression de la maladie et de mortalité chez les femmes en Tanzanie. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;44(4):470-7.
138. Cook JA, Grey D, Burke J, et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. 2004;94(7):1133-40.
139. Ickovics JR, Milan S, Boland R, et al. Les ressources psychologiques protègent la santé : Survie de 5 ans et fonction immunitaire chez des femmes infectées par le VIH dans quatre villes américaines *SIDA*. 2006;20:1851-60.
140. Sudfeld CR, Kaaya S, Gunaratna NS, et al. Depression at antiretroviral therapy initiation and clinical outcomes among a cohort of Tanzanian women living with HIV. *Sida*. 2017;31(2):263-71.
141. Todd JV, Cole SR, Pence BW, et al. Effects of Antiretroviral Therapy and Depressive Symptoms on All-Cause Mortality Among HIV-Infected Women. *Journal américain d'épidémiologie*. 2017;1-10.
142. OMS. Rapport de situation mondiale sur l'alcool et la santé 2018. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018.
143. Rapport de situation globale sur l'alcool et la santé 2018. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018.

144. Rapport mondial sur les drogues 2020. Vienne : ONUDC ; 2020 (<https://wdr.unodc.org/wdr2020/>).
145. Le VIH et la consommation de substances psychoactives aux États-Unis. Atlanta : U.S. Centers for Disease Control and Prevention ; 2019 (<https://www.cdc.gov/hiv/risk/substanceuse.html>).
146. Consommation de drogues injectables et risque de VIH. Atlanta : U.S. Centers for Disease Control and Prevention ; 2020 (<https://www.cdc.gov/hiv/risk/idu.html>).
147. Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. Une étude systématique de l'impact des troubles liés à la consommation d'alcool sur les résultats du traitement du VIH, l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et le recours aux soins de santé. *Drogue Alcool Dépendance*. 2010 Dec 1 ; 112(3) : 178-193.
148. Rapport de recherche sur les comorbidités communes avec les troubles liés à la consommation de substances. Partie 3 : Le lien entre les troubles liés à la consommation de substances et le VIH. Washington : National Institute on Drug Abuse ; 2020 (<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-3-connection-between-substance-use-disorders-hiv>).
149. Feelemyer J, Des Jarlais D, Arasteh K, Uusküla A. Adhesion to antiretroviral medications among persons who inject drugs in transitional, low and middle income countries : an international systematic review. *Le sida et le comportement*. 2015;19(4):575-83.
150. Socias ME, Milloy MJ. Consommation de substances et adhésion à la thérapie antirétrovirale : Ce qui est connu et ce qui est inconnu. *Rapports actuels sur les maladies infectieuses*. 2018;20(9):36.
151. Wechsberg WM, van der Horst C, Ndirangu J, et al. Seek, test, treat : substance-using women in the HIV treatment cascade in South Africa. *Science de la toxicomanie et pratique clinique*. 2017;12(1):12.
152. Magidson JF, Saal W, Nel A, Remmert JE, Kagee A. Relation entre les symptômes dépressifs, la consommation d'alcool et l'observance de la thérapie antirétrovirale chez les patients séropositifs qui fréquentent les cliniques en Afrique du Sud. *J Health Psychol*. 2017;22(11):1426-33.
153. Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM, Springer SA, Molina PE, Altice FL. L'impact de la consommation d'alcool et des troubles connexes sur le continuum de soins du VIH : une étude systématique : Alcohol and the HIV Continuum of Care (L'impact de la consommation d'alcool et des troubles connexes sur le continuum de soins du VIH). *Rapports actuels sur le VIH/sida*. 2015;12(4):421-36.
154. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, May MT, Davies CF, French C, Turner KM, Looker KJ, Christensen H, McLean S, Rhodes T, Platt L, Hickman M, Guise A, Vickerman P. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Maladies infectieuses cliniques*. 2016;63(8):1094–1104.
155. OMS. Le suicide dans le monde : Estimations de la santé dans le monde. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019.
156. Schlebusch L, Vawda N. HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Journal africain de psychiatrie*. 2010;13:280-3.
157. Musisi S, Kinyanda E. Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda. *Journal médical d'Afrique de l'Est*. 2009;86(1):16–24.
158. Olley BO, Zeier MD, Seedat S, Stein DJ. Trouble de stress post-traumatique chez les patients récemment diagnostiqués comme atteints du VIH/SIDA en Afrique du Sud. *Soins du SIDA*. 2005;17(5):550-7.

159. Petrushkin A, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Bulletin psychiatrique*. 2005;29:455–8.
160. Govender RD, Schlebusch L, Esterhuizen T. Brève intervention de prévention du suicide chez les personnes séropositives récemment diagnostiquées. *J Psychiatrie*. 2014;17:543-547
161. Li Y, Guo Y, Hong YA, Zhu M, Zeng C, Qiao J, Xu Z, Zhang H, Zeng Y, Cai W, Li L, Liu C. Mechanisms and Effects of a WeChat-Based Intervention on Suicide Among People Living With HIV and Depression : Path Model Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2019;21(11):e14729.
162. 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 Santé publique*. 2013;13:482.
163. Collins PY, Unger Hv, Armbrister A. Church ladies, good girls, and locas : La stigmatisation et l'intersection du sexe, de l'ethnicité, de la maladie mentale et de la sexualité en relation avec le risque de VIH. *Sciences sociales et médecine*. 2008;67(3):389-97.
164. Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigmatisation et disparités raciales/ethniques liées au VIH : vers la résilience. *Le psychologue américain*. 2013;68(4):225-36.
165. 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.
166. Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) : conseils pour soutenir la mise en œuvre au niveau national. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017.
167. 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, 3e édition. *Lancet*. 2018;391(10121):687-99.
168. Ferlatte O, Salway T, Oliffe JL, Trussler T. Stigmatisation et suicide chez les hommes homosexuels et bisexuels vivant avec le VIH. *Soins du SIDA*. 2017;29(11):1346-50.
169. Prévention du suicide : Un impératif mondial. Genève : Presse de l'Organisation mondiale de la santé ; 2014.
170. Kutzin J, Sparkes SP. Renforcement des systèmes de santé, couverture sanitaire universelle, sécurité sanitaire et résilience. *Bull Organe mondial de la santé*. 2016;94(1):2.
171. Patel V, Shekhar SS, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on Global Mental Health & Sustainable Development. *Lancet*. 2018;pii:S0140-6736(18)31612-X.
172. Kaaya S, Eustache E, Lapidus-Salaiz I, Musisi S, Psaros C, Wissow L. Grands défis : Améliorer les résultats du traitement du VIH en intégrant des interventions pour les maladies mentales comorbides. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001447.

[Fin du document]