

- 10 -

DES PROBLEMES D'EDUCATION ET DE SENSIBILISATION LIES A LA DEPRESSION ET LE VIH/SIDA ET UN « APPEL A L'ACTION »

Problèmes d'Education et de Sensibilisation

“Il y a suffisamment de preuves...pour suggérer que le monde va droit vers un désastre social lié à l'impact psychologique du VIH/SIDA.”¹

Cela fait quelques temps que la relation entre la santé mentale et le VIH/SIDA est connue. Pourtant cette connaissance n'est pas reflétée dans les politiques ou les services de beaucoup de pays, dont les pays africains. Si la cause est un manque de conscience, un manque de volonté politique, ou tous les deux, ce sera la sensibilisation et l'éducation qui joueront un rôle important dans l'accomplissement d'un changement. Ce changement est désespérément nécessaire si l'on veut éviter un désastre social. Toutes les actions fondées cherchant à augmenter la prise de conscience de la relation entre le VIH/SIDA et la santé mentale et cherchant à augmenter le nombre de services disponibles sont des efforts de valeurs. Par contre, les problèmes de sensibilisation et d'éducation décrits ci-dessous sont particulièrement cruciaux.

La collaboration entre et l'intégration de programmes pour la santé mentale et le VIH

L'Organisation Mondiale de la Santé suggère que l'intégration de programmes pour la santé mentale et le VIH/SIDA peut aider à:

- améliorer la santé des personnes atteintes du VIH/SIDA
- identifier les personnes à risque d'infection du VIH
- détecter les personnes infectées et leur donner les soins nécessaires

L'intégration peut inclure:

- l'introduction de l'évaluation de la santé psychologique et l'évaluation des interventions dans les programmes de VIH
- la formation des personnes qui donnent les premiers soins -tel que les conseillers de VIH- à reconnaître/traiter les problèmes psychologiques fréquents
- l'assurance que les services de santé mentale offrent l'accès au dépistage et à des consultations volontaires²

- l'éducation sur le VIH/SIDA des patients dans les cliniques de santé mentale et vice versa³
- faire participer le personnel des services de santé mentale aux suivis psychologiques donnés aux patients après le dépistage
- la collaboration entre les professionnels de santé mentale et le VIH, des procédures de référence claires et des actions coordonnées

On pense que l'une des raisons essentielles du manque d'intégration de programmes de santé mentale et de VIH dans les pays en développement, dont les pays africains, est un manque de conscience des planificateurs des services de santé⁴ de la relation entre le VIH/SIDA et la santé mentale. Sensibiliser les personnes sur cette relation est une priorité importante.

Prévention

L'infection du VIH est évitable. Toutes les tentatives voulant adresser les conséquences psychologiques du VIH/SIDA, devraient mettre l'accent sur la prévention du VIH et devraient promouvoir la bonne santé. Ceci est surtout important pour les groupes vulnérables, comme par exemple les personnes atteintes de troubles mentaux. Ce groupe est souvent manqué des initiatives d'éducation préventive,⁵ principalement en raison de la marginalisation sociale, de l'inaccessibilité des programmes et de la croyance incorrecte que les personnes handicapées ne seraient pas actives sexuellement. Grâce à un bilan des comportements à risque des adultes atteints de troubles mentaux sérieux⁶ menant à une infection du VIH, ils ont trouvé que les actions de prévention dans ce groupe devraient:

- se faire à des niveaux multiples (individu, groupe, communauté, structural/politique)
- s'adresser à plusieurs domaines d'influence (trouble psychiatrique, passée de trauma, relations sociales)
- être intégrées dans des services existants.

Ressources

Malgré l'évidence qu'une santé psychologique faible contribue significativement à l'incapacité et à des maladies,⁷ beaucoup de pays africains n'ont ni de politique, ni de programmes et ni des plans d'actions⁸ ciblant la santé mentale. Pour adresser les lacunes de traitements, il faut désespérément plus de services – pour ceux qui ont besoin de traitement mais ne peuvent pas y accéder. Pour réaliser cela il faut des ressources financières adéquates et appuyées. La plus haute priorité est donc d'assurer des ressources adéquates, soutenues par le développement de politiques et de projets de santé mentale et qui serait liés à des budgets uniquement pour le domaine de la santé mentale. Il faudrait éventuellement intégrer des interventions psychologiques dans les stratégies d'actions du VIH/SIDA et des fonds.

La recherche est un domaine qui a particulièrement peu de ressources. La partie de la recherche qui existe sur la dépression et le SIDA/VIH vient des pays occidentaux et très développés, malgré que ce soit en Afrique subsaharienne qu'il y a le plus de cas de SIDA. Les méthodes et la qualité de la recherche réalisée en Afrique varie considérablement et c'est donc plus difficile d'en tirer des conclusions fortes.⁹ Il est nécessaire d'avoir de la recherche rigoureuse,¹⁰ dont de la recherche cross-disciplinaire. Cette recherche devrait être utilisée pour informer les politiques et pour une meilleure compréhension, ainsi que pour de meilleurs services au niveau communautaire.¹¹ Il faut plus de ressources pour la recherche en Afrique pour augmenter notre connaissance et pour assurer que les services et les programmes de sensibilisation soient le plus efficaces possibles

Soutenir les familles et les soignants

Une grande partie de la responsabilité de s'occuper des personnes atteintes du VIH/SIDA en Afrique retombe sur les membres de la famille. Pourvoir de tels soins est mentalement et physiquement exigeant.¹² Une santé mentale faible est fréquente parmi les soignants,¹³ car ils font souvent face à des difficultés énormes quand ils pourvoient continuellement des soins et du soutien. Il est nécessaire de reconnaître que soigner peut potentiellement avoir un impact psychosocial. Tout comme plus de soutien pour les soignants, avec entre autres des services de santé mentale, des programmes de répit, et de l'aide financière est nécessaire.

Réduire la stigmatisation

Le VIH/SIDA et la dépression sont des conditions fortement stigmatisées. La stigmatisation a non seulement un impact négatif sur le bien-être de la personne, mais peut aussi former une barrière pour chercher de l'aide quand ils en ont besoins. La stigmatisation peut aussi fortement affecter les soignants, car dans certaines communautés ils sont discriminés à cause de leur relation avec une personne malade.¹⁴

Les personnes séropositives sont tellement stigmatisées dans certaines communautés que les personnes préfèrent souffrir et mourir que de se faire dépister ou de révéler leur maladie. Quelques femmes enceintes offrent les médicaments qui empêchent la transmission du VIH à leur enfant. Elles refusent de les prendre elles-mêmes car elles ont peurs que quelqu'un remarque leur médication et comprennent qu'elles sont séropositives.¹⁵ Il existe des exemples de personnes qui se font discriminer seulement parce qu'ils faisaient le dépistage, même si ce test se révélait négatif.¹⁶ Certaines personnes ont suggérer de « coller une nouvelle étiquette » sur le VIH – c'est-à-dire que c'est une maladie chronique et sérieuse qui est évitable et traitable – pour aider à réduire la peur et la stigmatisation.¹⁷

La dépression est enveloppée dans la stigmatisation surtout à cause d'un manque de conscience, mais en partie aussi à cause de l'influence de certaine croyance traditionnelle sur la cause de la dépression. Les secteurs de la santé mentale et du VIH/SIDA doivent continuer le travail déjà commencé pour réduire la stigmatisation et la discrimination de ces deux conditions. Ces secteurs pourraient collaborer et s'instruire des méthodes de chacun. Des messages de sensibilisation -pour la dépression et le VIH/SIDA- qui sont forts, informés et fiables sont nécessaires pour plus de sensibilisation et pour réduire la peur, la stigmatisation et la discrimination.

Un Appel à l'Action

La FMSM fournit un Appel à l'Action pour le VIH/SIDA et la Dépression en Afrique ci-suivant basé sur la recherche et les problèmes explorés dans toute cette publication, et sur la Déclaration de Positionnement sur le VIH/SIDA dans les pays en développement de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale (FMSM).¹⁸

La FMSM demande que le domaine de la santé mentale soit intégré le plus vite possible dans toutes les interventions pour le VIH/SIDA en Afrique vu qu'il existe cette relation entre le VIH/SIDA et les troubles mentaux, comme la dépression, qui se renforce mutuellement. La recherche, les estimations, la mise en application et l'évaluation de l'effectivité et la fiabilité des modèles d'intégrations sont une priorité. Des financements de base pour le développement et/ou le renforcement des services de santé mentale devraient être incorporés dans les initiatives de financement globales pour les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), dans les programmes de soutien psychosocial et dans d'autres programmes pour le VIH/SIDA.

Si l'efficacité du HAART ou le soutien psychosocial ne sont pas intégrés dans les pays africains, les programmes seront sérieusement minés, et la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/SIDA et de leurs familles sera sensiblement réduite. Seulement la reconnaissance de l'impact défavorable des problèmes psychologiques sur la pandémie du SIDA et une réaction rapide des parties prenantes peuvent éviter ce résultat. L'intégration de la santé mentale dans la politique des organismes internationaux, régionaux et nationaux responsables pour les interventions serait un premier pas vers une intégration globale de la santé mentale dans les interventions pour le VIH/SIDA.

La FMSM reconnaît que l'accès au ART et les programmes de préventions sont essentiels pour arrêter la pandémie. Cela a aussi un impact majeur sur la santé mentale des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Cependant, la WFMH souhaite répéter que les problèmes mentaux et physiques qui adviennent et les conséquences du VIH/SIDA sont reliés et qu'une grande partie de la population des pays à faible revenu ont beaucoup de risque d'avoir des problèmes psychologiques. Beaucoup de pays africains n'adressent pas suffisamment la santé mentale dans les interventions courantes pour le VIH/SIDA. Etant donné la concentration de l'épidémie dans ces pays et leur fardeau des problèmes psychologiques, la WFMH appelle la communauté internationale de plaider pour :

– arrêter d'urgence le déficit de ressources privant les personnes infectées par le VIH/SIDA de soins psychologiques adéquats, et les privant de bénéficier entièrement du HAART, de soutien psychosocial et d'autres programmes contre le VIH/SIDA

– l'intégration de la santé mentale dans les interventions de VIH/SIDA dans les pays africains.

1. Freeman, M. (2004) HIV/AIDS in developing countries: heading towards a mental health and consequent social disaster?. *South African journal of psychology*. 34 (1):139-159.
2. World Health Organisation, Secretariat. HIV/AIDS and mental health. Executive Board, 124th Session, Provisional agenda item 4.3. EB124/6. 2008
3. Ogunsemi O, Lawal, RA. Okulate GT, Alebiosu CO, Olatawura MO. A comparative study of HIV/AIDS: the knowledge, attitudes and risk behaviours of schizophrenic and diabetic patients in regard to HIV/AIDS in Nigeria *MedGenMed* 2006 Nov 29;8(4):42.
4. Kelly K, Freeman M, Nkululeko N, Ntlabati P. The vicious circularity of mental health effects of HIV/AIDS: Symptoms and cause of poor responses to the epidemic. *South Africa: CADRE*; 2007.
5. Ogunsemi O et al., above, fn3.
6. Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behaviour among adults with serious mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25(4): 433-457.
7. Gureje O, Alem A. Mental health policy development in Africa. *Bull World Health Organ*. 2004; 34(1):139-159.
8. Brandt R. Does mental health matter for poor, hiv-infected women/mothers in the era of HAART? Centre for Social Science Research Working Paper No. 166. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2006.
9. Brandt R. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: A systematic review. Centre for Social Science Research Working Paper 231. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2008
10. Earls F, Raviola GJ, Carlson, M. Promoting child and adolescent mental health in the context of the HIV/AIDS pandemic with a focus on sub-Saharan Africa. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008, Mar; 49(3):295-312.
11. Ibid.
12. Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.
13. See chapter 5
14. World Health Organisation. Impact of AIDS on older people in Africa: Zimbabwe case study. Geneva; World Health Organisation; 2002
15. Winiarski MG. Community-based counselling for people affected by HIV/AIDS. Cape Town: Maskew Miller Longman; 2004.
16. Ibid.
17. Kelly K et al., above, fn4.
18. Full Position Statement available at http://www.wfmh.org/00policyrights.htm#POSITION_STATEMENT__