

- 2 -

LA DEPRESSION ET LE VIH/SIDA EN AFRIQUE: LES PERSPECTIVES DU TERRAIN

Bien que 2 personnes sur 3 atteintes du VIH vivent en Afrique Subsaharienne,¹ la plupart de ce que nous savons sur la relation entre le VIH et la dépression nous vient de recherches effectuées en Amérique du Nord et en Europe. Il existe aussi de la recherche en Afrique, et une partie de la recherche disponible est récapitulée dans ce chapitre. Tandis que l'on peut apprendre beaucoup de la littérature occidentale, et que plusieurs des résultats principaux sont aussi vrai en Afrique, il faut reconnaître que le contexte de VIH en Afrique est différent à bien des regards, comme la prédominance et l'incidence, le milieu culturel, le mode de transmission du VIH, le nombre de femmes atteintes et les traitements disponibles.²

La fréquence de la dépression en Afrique

La dépression est le problème de santé mentale le plus commun pour les personnes atteintes du VIH/SIDA en Afrique. C'est également le problème le plus ciblé dans la recherche.³ De multiples études dans différents pays ont démontré que les personnes séropositives avaient des niveaux de dépression élevés y compris les études décrites ci-dessous.

Zambie

85% des femmes enceintes séropositives ont eu une sévère dépression et des pensées suicidaires.⁴

Ouganda

Dans un inventaire de la 'The Aids Support Organisation (TASO)' à l'hôpital de Mulago à Kampala, 54,3 % des participants correspondaient aux critères d'une dépression sévère.⁵

Afrique du Sud

A l'hôpital Typerberg à Cape Town, 38,1% des patientes séropositives noires et métisses ont les critères correspondant au diagnostic de dépression. 19% des femmes avait un passé de dépression avant d'être diagnostiquée séropositives et 11% était considérées en danger de suicide.⁶

Dans une autre étude, 40% de personnes séropositives se sont avérées avoir une dépression.⁷ L'Afrique du Sud a des études fiables sur prévalence nationales qui démontrent que la prévalence de la dépression dans la population globale est de 4,9%.⁸ Ces études confirment ce que la littérature d'Amérique du Nord et d'Europe suggère, c'est-à-dire que l'infection du VIH est associée à des niveaux de dépression supérieurs.⁹

Systemes de sante

« Ce qui est peut être tout aussi préoccupant que le taux élevé de maladies mentales dans les pays en voie de développement et de l'image de personne faible avec lequel les personnes sont souvent associés, c'est le fait que ces maladies mentales ne sont fréquemment pas traitées. » (WHO World Mental Health Survey Consortium/Consortium d'Enquêtes de Santé Mentale dans le Monde de l'OMS, 2004).¹⁰

Les services de santé mentale manquent sérieusement de ressources financières et humaines dans beaucoup de pays africains. Les services de santé mentale ne sont malheureusement pas une haute priorité pour beaucoup de gouvernements. Certains observateurs suggèrent qu'une raison pour cela est que l'investissement dans d'autres services, comme le VIH/SIDA, est assez élevé comparée à celle dans les services de santé mentale.¹²

Une infirmière de Tanzanie sur la priorité donné à la santé mentale

« La santé mentale est une faible priorité dans les cliniques PMC, car ils mettent l'accent sur d'autres programmes tels que le HIV/SIDA et la tuberculose, plutôt que sur la santé mentale,... vous n'entendez jamais beaucoup parler au sujet de la santé mentale dans cette clinique... La seule chose à laquelle ont prêté attention est la tension artérielle, les ARV et les personnes importantes. Pas la santé mentale... de la manière à laquelle je vois les choses, il n'y a pas de personnes reconnues. »
(Personne interrogée 1, Infirmière Clinique).¹¹

« Malgré l'accent porté sur le suivi psychologique du VIH, un tel suivi ne concerne souvent que le dépistage et le diagnostic et la plupart des centres de VIH ne visent pas à reconnaître et à traiter la dépression. Ces centres n'ont pas d'antidépresseurs et ne communiquent pas avec les services de santé mentale. C'est donc une occasion clef d'adresser la santé mentale que l'on rate. (Rachel Jenkins) »¹³

Il est possible que les personnes séropositives et avec une maladie mentale doivent faire face à des barrières pour accéder aux services de santé appropriés, même s'ils existent, à cause de la stigmatisation et de la discrimination. Cela n'est pas seulement discriminatoire, mais peut aussi faire augmenter le risque de dépression. Une étude a démontré que la discrimination dans les services de soins était associée avec la dépression chez les femmes enceintes séropositives.¹⁴

Les croyances sur la maladie mentale et le VIH/SIDA

Les attitudes envers la santé mentale et la compréhension du VIH à travers le continent africain sont influencées par les croyances traditionnelles.^{15 16} Les croyances spécifiques varient largement, mais beaucoup de personnes croient que le VIH et des troubles de la santé mentale sont causés par le surnaturel, plutôt que une cause médicale. Cela a souvent comme conséquence de hauts niveaux de stigmatisations, ainsi que des implications pour la prévention et le traitement de la maladie.¹⁷ Si des personnes pensent que quelque chose a une cause surnaturelle, et que l'on ne peut pas la contrôler, alors les efforts traditionnels de promotion et de prévention peuvent s'avérer inefficaces.

Croyances traditionnelles et les services de santé mentale en Ouganda

En Ouganda il a été proposé que les croyances traditionnelles au sujet des maladies mentales qui seraient causées par de la sorcellerie, des forces surnaturelles et de mauvais esprits, seraient d'une certaine façon associés avec un manque de reconnaissance des troubles de la santé mentale par quelques conseillers.¹⁸

Diagnostiquer la dépression en Afrique

Selon le "Psychiatric Problems of HIV/AIDS and their Management in Africa" (Problèmes Psychiatriques du VIH/SIDA et la Gestion en Afrique):¹⁹

"La manifestation clinique de la dépression chez les personnes atteintes du VIH/SIDA dans un lieu africain inclue des sentiments de désespoir, de découragement et d'isolement avec des thèmes de culpabilité, de remords, de crainte de punition et de pensées suicidaires. Souvent, les patients ont des plaintes somatiques, dont de divers maux et des douleurs, des maux de tête, d'une concentration diminuée, de raisonnement lent, de perturbation du sommeil, d'anorexie et ils sont plus agités et plus énervés. Il y a aussi des idéations paranoïdes : des accusations de sorcellerie sont fréquentes. »²⁰

Ce même manuel suggère aussi que quand un enfant est évalué, il faut considérer son âge, l'étape de la maladie VIH, son développement, et son traitement en cours. Des caractéristiques communes à la dépression chez les enfants séropositifs sont identifiés:

- une extrême tristesse ou irritabilité, pleurer fréquemment
- manque d'intérêt pour des activités qui étaient agréables auparavant
- peur d'une mort prématurée avec une perte d'espoir
- peur de transmission
- sentiment de culpabilité au sujet d'être un fardeau pour leurs familles.
- peu de sommeil, d'appétit, perte de poids
- symptômes perturbant la scolarité de l'enfant, son foyer, les relations entre pairs et son fonctionnement.²¹

Dans le meilleur des cas, une dépression devrait être diagnostiquée par un professionnel de santé, un docteur. Dans la réalité, les professionnels de santé sont rares dans beaucoup de régions en Afrique. Dans quelques pays il n'y a pas de psychiatres. Toutefois, le manque de docteur ne signifie pas que la dépression doit être ignorée. Il a été suggéré que des conseillers de la communauté pourraient être entraînés à identifier une dépression. Cependant, référer un professionnel de santé quand c'est possible reste important. Un guide de diagnostic pour les conseillers des communautés est reproduit ci-dessous venant du Community-based Counselling for People Affected by HIV/AIDS (Suivi psychologique basé sur la communauté pour les personnes atteintes du VIH/SIDA).

Si une dépression est suspectée, les questions suivantes devraient être posées par les conseillers. Les questions décrivent les symptômes d'une dépression sévère et elles ont été adaptées à partir du manuel de diagnostic publié en 2000 par l'Association Psychiatrique Américaine (American Psychiatric Association)

Liste de contrôle des symptômes d'une dépression

- Vous sentez-vous dépressif (triste ou vide) la plupart du temps?
 - Êtes-vous intéressé par vos activités normales?
 - Éprouvez-vous du plaisir lors de vos activités normales?
 - Avez-vous perdu beaucoup de poids, mais pas à cause du VIH?
 - Votre sommeil a-t-il changé? Dormez-vous trop ou pas assez?
 - Vous sentez-vous très énervé?
 - Vous sentez-vous ralenti/freiné/diminué?
 - Vous sentez-vous fatigué ou sans énergie?
 - Avez-vous eu des sentiments d'être un moins que rien?
 - Vous sentez-vous coupable à propos de quelque chose?
 - Avez-vous des problèmes de concentration, pour prendre des décisions, ou pour réfléchir?
 - Êtes-vous souvent à mourir (pas seulement la peur de mourir)? Pensez-vous à vous suicider?
 - Avez-vous tenté de vous suicider?
- Si quelqu'un a des pensées suicidaires, demandez-lui:
- Avez-vous un plan spécifique? Racontez-le moi
 - Avez-vous les moyens de vous donner la mort? (pilules, une machette, un pistolet?)

Si le patient a un plan spécifique et a l'intention de se suicider, il ne faut pas le laisser sortir du bureau. Il est en danger de se blesser. Vous devez ramener la personne à l'hôpital ou à la clinique, ou faites la ramener par un officier de police ou un ambulancier à un endroit où cette personne est saine et sauf et soignée.²²

Quel est l'impact sur la vie des personnes?

Le dysfonctionnement

La dépression contribue d'une manière significative au dysfonctionnement en Afrique. Les conditions neuropsychiatriques telles que la dépression comptent pour

17,6% de toutes les années vécues avec une incapacité en Afrique.²³

Mortalité accrue

Comme décrit dans la littérature occidentale, la dépression est associée à une mortalité accrue chez les personnes atteintes du VIH/SIDA.

La santé physique

La dépression diagnostiquée ainsi que la dysthymie, le suicide, la dépression rapportée par la personne elle-même et la peur ont été associées avec une hausse de la sévérité de la maladie, un taux de CD4 inférieure et une charge virale plus élevée.

Les médicaments antirétroviraux

Tandis que des progrès ont été réalisés, beaucoup de personnes séropositives en Afrique n'ont toujours pas accès aux médicaments antirétroviraux qui prolongent potentiellement la vie. Même si des ARV sont disponibles, il est possible que les médicaments soient refusés aux personnes souffrant de dépression. Cela à cause du risque de faible adhérence au traitement et de développement d'une résistance au virus. Les inquiétudes à propos de l'adhérence et de la résistance au virus sont retrouvées internationalement, et discutées dans le chapitre précédent. Mais il y a peut-être encore plus d'inquiétude dans les pays en voie de développement et à pauvres ressources en Afrique. Déjà qu'ils doivent faire face à des options de traitement restreintes, leur capacité à faire face à de nouvelles contraintes est compromise.²⁴ La dépression a été associée avec une adhérence insuffisante aux médicaments en Ethiopie,²⁵ mais la dépression est également une inquiétude dans beaucoup de secteurs. Soutenir les personnes dépressives pour qu'elles puissent accéder et adhérer aux ARV est désespérément nécessaire.

La dépression et l'accès aux ARV en Afrique du Sud

« Les directives de traitement nationales sud-africaines (DOH, 2004) recommandent qu'une dépression active ou un abus d'alcool non-traitée devrait être considérés comme des contre-indications pour l'évaluation d'éligibilité pour une thérapie aux ARV (ART). Être stable psychologiquement, être sobre et être fort(e) émotionnellement est nécessaire pour supporter les premiers mois du traitement en particulier, car des effets secondaires peuvent être éprouvés. N'importe quelle instabilité psychologique menace l'adhérence à l'ART, menace le niveau de 95% requis pour empêcher la résistance.....Pour éviter l'exclusion, les services d'ART dans le pays ont le défi important de contrôler la santé psychologique de leur clients. Ce problème doit encore être confronté et pourrait avoir des conséquences épidémiologiques significatives s'il n'est pas adressé. »²⁶

Suicide

Une étude africaine a trouvé que 9% des adultes diagnostiqués avec le VIH dans les six derniers mois ont eu des pensées suicidaires.²⁷ Ces résultats sont comparables aux résultats trouvés en dehors de l'Afrique, c'est-à-dire que les personnes avec le VIH/SIDA ont plus de risque de se suicider.

Le risque de suicide semble également identifié au niveau communautaire et serait une réaction possible à la nouvelle des résultats du test VIH.

« Et ils ont peur des résultats aussi. Il y en a quelques uns, [quand ils se font tester] qui se suicident. Ils se suicident. » (Xolisa, 20 ans, home)

« Mais il y en a quelques uns qui ne veulent pas savoir. Ils savent que s'ils découvrent qu'ils ont le SIDA, ils se suicident (ront). » (Chuma, 25 ans, homme).²⁸

Une infirmière de l'Ouganda rural: la sante mentale, c'est sérieux, le suicide tue

« ...Moi, je n'argumenterai pas beaucoup, mais ... selon ma compréhension de la santé ce sont les maladies mentales et la santé mentale qui causent beaucoup d'autres maladies qui ne sont pas classifiées. Quand ils annoncent que cela ne tue pas, ils ne sont pas sérieux.

Où placent-ils le suicide maintenant? Cela tue indirectement. C'est la santé mentale qui cause le VIH chez nos enfants. Car, si la santé mentale d'une personne est positive, cette personne ne ferait sans doute pas certaines activités. La santé mentale tue indirectement. Je ne sais s'ils veulent la considérer comme la malaria.

Ils disent que le SIDA est la maladie mortelle..., mais je ne sais pas s'ils connaissent les origines du SIDA.. »

(FGD, PHC infirmière 2, district rural).²⁹

Qu'est ce qui est susceptible d'augmenter le risque de dépression ou d'aggraver la dépression

Un certain nombre de facteurs qui pourrait augmenter le risque de dépression chez les personnes atteintes du VIH/SIDA en Afrique ont été identifiés. Ces facteurs à risque sont: des événements de vie plus négatifs,³⁰ une grossesse imprévue,³¹ plus de stress et une incapacité de réaliser des responsabilités normales familiales ou sociales.³²

Pauvreté

Beaucoup de personnes en Afrique vivent dans une extrême pauvreté. La pauvreté a été associée avec la prévalence du VIH en Afrique du Sud.³³ Il existe de l'évidence étendu démontrant que la pauvreté et la santé mentale sont liées.³⁴ La dépression a été associée avec un nombre d'indicateurs d'insécurité financières, comme par exemple ne pas avoir un revenu personnel et l'absence d'un revenu de foyer régulier.³⁵

Tuberculose pulmonaire (TBP)

Il existe quelques pays africains qui ont un taux extrêmement élevé de tuberculose. Les personnes ayant une TBP et qui sont séropositives ont plus de risques d'être dépressives. Une étude ougandaise a trouvé que 60% des patients chez qui les deux conditions sont réunies éprouvent une dépression, comparé à 42% chez les patients séropositifs, n'ayant pas le TBP, et 2% pour ceux ayant le TBP, mais qui étaient séronégatif.³⁶ Une autre étude ougandaise a noté des cas extrême de stigmatisation envers les patients chez qui les trois conditions sont réunies.³⁷

Qu'est-ce qui peut améliorer la vie des personnes avant le VIH/SIDA et une dépression

Quand des professionnels de santé sont disponibles, ou quand on peut accéder à de la psychothérapie et/ou des antidépresseurs, cela reste les traitements les plus efficaces pour la dépression. Une étude ougandaise³⁸ a démontré que bien qu'il existe des réactions à la vie avec le VIH/SIDA et la dépression qui sont spécifiques à la culture, les interventions (dans ce cas, un groupe de psychothérapie interpersonnelle) par contre peuvent être efficaces et potentiellement adaptées et mis en application dans de différents milieux culturels. La psychothérapie peut être particulièrement justifiée si la personne éprouve du chagrin ou un deuil, si elle a des problèmes d'abus de substances, ou si la dépression est liée à un changement de l'image du corps, à un changement de la vie de famille, ou la progression de la maladie.³⁹ La réalité est cependant que de tels services sont inaccessibles pour beaucoup de personnes habitant en Afrique.

En terme d'amélioration du VIH, l'accès aux ARV s'ils sont requis est clairement une intervention clef. A ce propos, une étude sud-africaine a démontré qu'après un

an de traitement avec une thérapie d'antirétroviraux, le niveau de dépression chez les patients s'améliorait aussi.⁴⁰

Il existe également des interventions pour la santé mentale que les conseillers locaux des communautés pourraient fournir en l'absence des professionnels de santé pouvant traiter la dépression. S'il n'y a pas de professionnels de santé disponibles, les interventions suivantes sont suggérées par la *Community-based Counselling for People Affected by HIV/AIDS* et peuvent être utiles.

- Encouragez le patient à consulter souvent et encouragez-le à parler pendant la visite de tout ce qu'il lui dérange
- Découragez la consommation d'alcool et de drogue. Beaucoup de personnes en consomment pour évacuer les mauvais sentiments. Néanmoins, cela rend la personne encore plus dépressive.
- Encouragez l'exercice physique. Un homme pourrait faire du foot ou une femme pourrait marcher vigoureusement autour de sa communauté. Le conseiller pourrait marcher avec le client pendant la consultation si la confidentialité n'est pas un problème.
- Découragez l'isolation sociale et encouragez la personne à se faire entourer. Un patient pourrait se porter volontaire pour s'occuper ou garder les enfants à l'école locale, ou aider l'agence pour laquelle le conseiller travaille.
- Encouragez le patient à essayer de nouvelles activités, comme par exemple la jardinerie. L'organisation du conseiller pourrait acheter des graines pour le patient. Peut être que le conseiller pourrait organiser une classe de jardinerie pour les patients. Ceci pourrait générer aussi un revenu.
- Informez le patient que les personnes dépressives ont parfois besoin de se pousser un peu pour s'activer.
- Elogiez le patient pour ses efforts.⁴¹

Suivi psychologique et dépistage volontaire (SPDV)

Dans beaucoup de pays, le suivi psychologique fait parti des programmes de dépistage du SIDA volontaire. En général, une courte période de suivi est indiquée avant et après le dépistage. Toutefois, le contenu et la qualité de ce suivi varie considérablement. Le diagnostic du VIH

est potentiellement un choc psychologique significatif, comme illustré par la citation suivante d'une personne décrivant la période juste après avoir été diagnostiquée:

« Je me suis dit que j'allais mourir...j'étais trop effrayé pour me prendre ou de me tirer une balle. Boire était une option plus facile, je pourrais boire jusqu'à en mourir. J'ai cessé de m'occuper de moi et j'ai continué à boire. Mon état physique se détériorait, et je ne m'en inquiétais pas, j'allais quand même mourir, mais je ne pouvais pas me suicider : l'alcool le ferait pour moi. »⁴²

Un suivi de bonne qualité par contre, peut aider à améliorer les capacités d'accommodation des patients dans cette période essentielle. Le taux de suicide est inférieur chez les patients qui ont reçu un suivi avant et après⁴³ et l'apport d'un soutien est essentiel dans ces moments-là.

Personne utilisant les services de santé mentale et avocat d'Afrique du Sud parle

« A partir de la minute où vous êtes diagnostiqué, la santé mentale devient un énorme problème, je déteste dire ça, mais les sœurs de la clinique, quand elles annoncent la nouvelle, c'est juste un truc qu'elles font, elles n'y mettent pas de sentiments, le débriefing ne se fait pas d'une manière assez longue ou complète. Ainsi, ces patients repartent, ne comprenant pas le fait qu'ils ne devraient pas faire l'amour parce qu'ils seraient contagieux pour tout le monde et que s'ils sont dépressifs ce sont ces ressources qu'ils pourraient utiliser et ce genre de chose. Avant d'atteindre ces personnes, elles ont été rejetées par leur famille ... et toute cette stigmatisation rattachée à la maladie. Donc, oui, nous avons des facilités où l'une des priorités est de s'occuper de leur santé mentale quand ils arrivent, car leur santé mentale est très importante pour leur santé générale. S'ils sont découragés et dépressifs, ils seront malade, c'est comme ça que tout est en relation. Nous avons eu trois tentatives de suicide ici parce qu'ils ne pouvaient pas supporter la pensée de leur maladie. » (Personne interviewée 36, utilisateur de soins psychologique et avocat de la santé mentale)⁴⁴

Interventions adaptées à la culture

Il est important que toutes les interventions mises en application, s'adressant à la dépression et/ou le VIH/SIDA, soient adaptées à la culture. Les croyances

traditionnelles doivent être prises en considération quand des efforts sont entrepris pour la prévention et de la psychoéducation. Non seulement il faut considérer les croyances différentes, mais aussi les différences de langues. Le concept de dépression lié au VIH a été validé dans une étude ethnographique en Ouganda. Deux conditions locales appelées Yo'kwekyawa et Okwekubaziga ont été identifiées où la compréhension de la dépression correspondait avec celle de l'occidentale.⁴⁵ Lors d'une étude conçue pour tester un outil valide culturellement pour la dépression en Tanzanie,⁴⁶ les personnes disaient se sentir 'tristes', perdre l'envie/le plaisir sexuelle, s'inquiéter trop, se sentir emprisonnées, et avoir des maux de tête.

Quel que soit la langue et les termes utilisés, ils doivent être compris dans la communauté locale. Ce n'est pas nécessairement une question d'instruire les personnes sur les étiquettes occidentales. Dans une étude au Malawi, les jeunes Malawiens, montraient une compréhension considérable de la détresse mentale suite au VIH, sans utiliser la terminologie psychiatrique.⁴⁷

Une compréhension de la culture locale, comme celle apprise dans cette étude au Malawi, est cruciale pour le développement des services de santé qui diminueront les conséquences pour la santé mentale, y compris la dépression, pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, leur familles et les soignants.

1. Freeman M. HIV/AIDS in developing countries: Heading towards a mental health and consequent social disaster? *S Afr J Psychol.* 2004; 34(1):139-159.
2. Ibid.
3. 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.
4. Kwalombota M. The effect of pregnancy in HIV-infected women. *AIDS Care* 2002; 14:431-3.
5. Petrushkin H, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin.* 2005; 29: 455-458.
6. Olley BO. Psychological distress in the first year after diagnosis of HIV infection among women in South Africa. *AJAR.* 2006; 5(3): 207-215.
7. Kelly K, Freeman M, Nkululeko N, Ntlati P. The vicious circularity of mental health effects of HIV/AIDS: Symptoms and cause of poor responses to the epidemic. South Africa: CADRE; 2007.
8. Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, Moomal H, Kessler RC. 12-month mental disorders in South Africa: Prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychol Med.* 2007; Oct:1-10 cited by Kelly K, Freeman M, Nkululeko N, Ntlati P. The vicious circularity of mental health effects of HIV/AIDS: Symptoms and cause of poor responses to the epidemic. South Africa: CADRE; 2007.
9. Kelly K et al., above, fn7.
10. 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.
11. Lund C, Kleintjes S, Campbell-Hall V, Mjadu S, Petersen I, Bhana A, Kakuma R, Mlanjeni B, Bird P, Drew N, Faydi E, Funk M, Green A, Omar M, & Flisher AJ. Mental health policy development and implementation in South Africa: a situation analysis. Phase 1 Country report. Cape Town: Mental Health and Poverty Project; 2008.

12. Freeman MC, Patel V, Collins PY, Bertolote J. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Br. J. Psychiatry.* 2005; 187:1-3.
13. World Health Organisation (MSD). Expert opinion on barriers and facilitating factors for the implementation of existing mental health knowledge in mental health services. Geneva: World Health Organisation; 2007
14. Rochat T, Richter L, Doll H, Buthelezi N, Tomkins A, Stein A. Depression among rural South Africa women undergoing HIV testing. *JAMA.* 2006; 295(12):1376-1378 cited by 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
15. Gureje O, Alem A. Mental health policy development in Africa. *Bull World Health Organ.* 2004; 34(1):139-159.
16. Freeman M, above, fn1.
17. Gureje O et al., above, fn15.
18. Petrushkin H et al., above, fn5.
19. Musisi S, Kinyanda E (eds). Psychiatric problems of HIV/AIDS and their management in Africa. Kampala: Fountain Publishers; 2009.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. Winiarski MG. Community-based counselling for people affected by HIV/AIDS. Cape Town: Maskew Miller Longman; 2004.
23. World Health Organization. The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organisation; 2001
24. Brandt R, above, fn10.
25. World Health Organisation, Secretariat. HIV/AIDS and mental health. Executive Board, 124th Session, Provisional agenda item 4.3. EB124/6. 2008
26. Kelly K et al., above, fn7.
27. Brandt, above, fn3.
28. Lane H. Factors influencing the decision to voluntarily test for HIV: The perceived threats of being HIV positive. Centre for Social Science Research Working Paper 245. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2009.
29. Kigozi F, Ssebunnya J, Kizza D, Ndyabangi S, Green A, Maye O, Bird P, Funk M, Faydi E, Drew N, Lund C, Flisher A. A situational analysis of the mental health system in Uganda.. Phase 1 Country report. Mental Health and Poverty Project; 2008.
30. Olley BO, above, fn6.
31. Brandt R, above, fn10.
32. Ibid.
33. Kelly K et al., above, fn7.
34. Ibid.
35. Brandt R, above, fn3.
36. Musisi S, Nakasuja N, Zziwa S. A comparison of depression in HIV and PTB Patients. Proceeds of the second annual Faculty of Medicine Scientific Conference; Kampala, Uganda. Sept 7th -9th 2006 cited by Musisi S, Kinyanda E (eds). Psychiatric problems of HIV/AIDS and their management in Africa. Kampala: Fountain Publishers; 2009.
37. Musisi and Ashaba (2005) in Musisi S, Kinyanda E (eds). Psychiatric problems of HIV/AIDS and their management in Africa. Kampala: Fountain Publishers; 2009.
38. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:3117-3124. cited by Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in development countries? A systemic review. *AIDS.* 2006; 20(12):1571-1582
39. Musisi S et al., above, fn19.
40. Jelsma J, Maclean E, Hughes J, Tinise X, Darder M. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS Care* 2005; 17:579-588 cited by Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in development countries? A systemic review. *AIDS.* 2006; 20(12):1571-1582
41. Winiarski MF, above, fn22.
42. Kelly K et al., above, fn7.
43. Musisi S et al., above, fn19.
44. Lund C, Kleintjes S, Campbell-Hall V, Mjadu S, Petersen I, Bhana A, Kakuma R, Mlanjeni B, Bird P, Drew N, Faydi E, Funk M, Green A, Omar M, & Flisher AJ. Mental health policy development and implementation in South Africa: a situation analysis. Phase 1 Country report. Cape Town: Mental Health and Poverty Project; 2008.
45. Wilk CM, Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Uganda acquired immunodeficiency syndrome epidemic. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Jun; 190(6):394-7.
46. Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in development countries? A systemic review. *AIDS.* 2006; 20(12):1571-1582
47. Wright J, Lubben F, Mkandawire MB. Young Malawians on the interaction between mental health and HIV/AIDS. *AJAR.* 2007; 6(3):297-304