

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Mémoire de fin de spécialité

Présenté par :

Docteur RHARRABTI SOUAD

Née le 12/12/1977 à Ahfir

Sous la direction du

Pr R. AALOUANE

Pour l'obtention du diplôme médical de spécialité en psychiatrie

Session Mai 2014

REMERCIEMENTS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SMAIL RAMOUZ

PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE

Recevez ce travail en témoignage de mon respect profond.

Je suis reconnaissante pour votre apprentissage,

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime et
profond respect.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR RACHID AALOUANE

PROFESSEUR AGREGÉ DE PSYCHIATRIE

*Je vous remercie pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous
avez bien voulu diriger ce travail.*

*J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et J'ai trouvé
auprès de vous le conseiller et le guide qui m'a reçu en toute circonstance
avec sympathie, sourire, bienveillance et patience inépuisable.*

*Votre simplicité, votre compétence, et vos qualités humaines et
professionnelles font que vous serez toujours un exemple pour nous.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR BELACEN MOHAMED FAOUZI
PROFESSEUR DE NEUROLOGIE

J'ai toujours en mémoire la période de mon stage dans votre service.

*Votre compétence pratique, vos connaissances très vastes, vos qualités
humaines font de vous un maître bien aimé de tous.*

*Veillez trouver, ici, l'expression de mon profond respect et de ma vive
gratitude.*

MADAME LE PROFESSEUR OUAFAE MESOUAK

PROFESSEUR DE NEUROLOGIE

*Votre compétence professionnelle ainsi que vos qualités humaines ont
toujours suscité mon admiration.*

*Qu'il me soit permis en ce jour, de vous exprimer, mon profond
respect et ma très haute considération.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE.....	12
I- HISTORIQUE	13
II- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	13
III- FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES	14
IV- ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'INFECTION PAR LE VIH	15
A-LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	16
1-TROUBLES DEPRESSIFS	16
2- CONDUITES SUICIDAIRES	17
3-TROUBLES ANXIEUX	17
4-EPISODES MANIAQUES	18
5-TROUBLES PSYCHOTIQUES	19
6-TROUBLE DU SOMMEIL	19
B-LES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES	20
1. TROUBLES NEUROCOGNITIFS	20
2. SYNDROMES CEREBRAUX ORGANIQUES :	21
a- Etats confusionnels :	21
b- Psychosyndromes organiques	21
C-TROUBLES PSYCHIATRIQUES IATROGENES	22
V- LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LORS D'UNE INFECTION PAR LE VIH	25
A. Prise en charge médicamenteuse	25
B. Prise en charge psychothérapique	26

C. Prise en charge psychosociale	26
D. Action de prévention	27
PARTIE PRATIQUE	28
I– OBJECTIFS	29
II– MATERIELS ET METHODES	29
A. MATERIELS	29
1–Recrutement des patients	29
2–Critères d’inclusion et d’exclusion	29
B. METHODES	30
1. Type d’étude	30
2. Organisation pratique de l’étude	30
3. Analyse statistique	32
III– RESULTATS DESCRIPTIFS :	33
A. Caractéristiques sociodémographiques	33
1–L’âge	33
2–Le sexe	34
3–Le statut marital	34
4–Milieu de vie	35
5–Niveau d’étude	35
6–Activité professionnelle	36
7–Revenu	37
B– Antécédents	38
C– Les caractéristiques de la maladie	39
D. la prise en charge thérapeutique	45
E. Les facteurs de protection	47
F. Le retentissement socio-familial	48

DISCUSSION	54
1. Argumentaire de la méthodologie	55
2. Synthèse des principaux résultats	55
3. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature	56
CONCLUSION	58
RÉFÉRENCES	69

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est un sujet d'actualité en termes d'épidémiologie, d'accès aux soins et d'impact psychique. Le développement des multi-thérapies antirétrovirales a modifié le pronostic de l'infection qui tend à devenir une infection chronique. Les troubles psychiatriques constituent des symptômes de plus en plus fréquents du fait du retentissement corporel et des représentations sociales de cette infection.

Les données actuelles appuyées par des méta-analyses indiquent une surreprésentation des troubles psychiatriques dans la population des patients VIH séropositif(1). La détermination de ces troubles et leurs facteurs de risque permet des soins psychiatriques intégrés dans une approche pluridisciplinaire du patient et sa maladie, ainsi que la mise en place d'action de prévention et d'éducation adaptée.

La plupart des études sur les troubles psychiatriques chez le sujet porteur du VIH ont été faites en Europe, aux Etats Unis, en Orient, très peu en Afrique.

Au Maroc, aucune étude n'a été réalisée sur le sujet; c'est pourquoi nous avons jugé nécessaire et vu l'importance du problème, de faire une étude sur les troubles anxiodépressifs de la pathologie VIH/SIDA. Notre étude est menée dans un service de médecine interne au centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès qui prend en charge les patients séropositifs.

A travers cette étude, nous souhaitons apporter plus d'éclairage sur la prévalence des troubles anxiodépressifs, les facteurs de risque de la survenue de ces troubles et l'impact des troubles anxiodépressifs sur l'observance thérapeutique des patients VIH. Ainsi une revue de la littérature sera faite dans le but de comparer nos résultats avec les études internationales.

PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I– HISTORIQUE

En 1981, des cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii* sont découverts chez les homosexuels américains, de même que des cas de sarcome de kaposi.

En 1982, la première définition du SIDA est acceptée. L'identification du VIH type 1 est faite en 1983. Et deux ans plus tard, une technique de mise en évidence des anticorps pour le diagnostic est mise au point. Le type 2 du VIH est isolé en 1986.

Le premier cas de sida a été diagnostiqué au Maroc en 1986 au service des maladies infectieuses du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

En 1993, la classification de la CDC est adoptée. Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.

II– DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Avec plus de 25 millions de morts au cours des trois dernières décennies, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. En 2011, il y avait environ 34 [31,4–35,9] millions de personnes vivant avec le VIH.

L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée. Elle concentre 69% des personnes vivant avec le VIH dans le monde. (2)

Il n'existe pas de moyen de guérir de cette infection. En revanche, les traitements efficaces avec des médicaments antirétroviraux peuvent juguler le virus et permettent aux patients de continuer à mener une vie productive et en bonne santé.

Le Maroc compterait 30.000 séropositifs. Environ 7682 cas de VIH/sida ont été déclarés au Maroc entre 1986 et fin juin 2013, selon le programme national de lutte contre le sida confirmé par le ministère de la santé. Plus de 80% des patients vivant avec le virus de l'immunodéficience ne connaissent pas leur statut sérologique. Les adultes jeunes de 25 à 44 ans représentent 67% des cas du VIH/sida notifiés. Le mode

de transmission prédominant est hétérosexuel (84,1%), le pourcentage des femmes est de 49%. Le ministère de la santé précise que 67% des nouvelles infections se produisent parmi les populations les plus exposées au risque.

Depuis le début de l'épidémie, une série de troubles psychiatriques, de réactions psychologiques ont été décrits. La question de la mort est présente bien avant le stade terminal de la maladie. Le diagnostic de séropositivité est souvent porteur de connotation mortifère, le mauvais pronostic étant connu de tous.

La santé mentale et le VIH/sida sont étroitement liés. Les problèmes de santé mentale, y compris les troubles liés à l'usage de substances, sont associés à un risque accru d'infection à VIH et ont une incidence sur le traitement et, inversement, certains troubles mentaux sont une conséquence directe de l'infection à VIH.

III– FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

Les troubles psychiatriques sont souvent complexes, intriqués et d'étiologies variables : action directe du virus ou des traitements sur le système nerveux central, réaction du sujet face à l'évolution de la maladie, les addictions associées,...etc.

La représentation du Sida reste reliée à la mort. Les personnes nouvellement contaminées découvrent l'angoisse d'un destin somatique incertain, le poids d'une surveillance médicale régulière, les contraintes pratiques de la prise de médicaments, les possibles effets indésirables. Ils en conçoivent parfois une certaine amertume et passent d'un discours de banalisation de leur atteinte à un sentiment de culpabilité et de honte quant à leur part de responsabilité dans leur contamination.

L'atteinte par le VIH est synonyme d'une série de pertes : perte définitive d'une intégrité physique présumée, perte de l'insouciance quant à l'idée de « bonne santé », perte de certains idéaux. Cela n'est pas sans conséquence sur les choix de vie

(professionnels, affectifs etc.). Cet équivalent de castration nécessite un travail de deuil qui se met en place. En effet ces pertes entraînent souvent des troubles psychiatriques : trouble dépressif, troubles anxieux, désinvestissement libidinal ou la sexualité peut être totalement absente.

Quels que soient les stades de l'infection, les patients ont la perception d'être porteurs d'un virus dangereux, pour eux-mêmes et pour les autres, d'être envahis physiquement au niveau de leurs organes, mais aussi psychiquement par un ennemi impalpable, d'être lentement empoisonnés.

Des réactions de cacher la séropositivité est fréquente et garder le secret entretient des phénomènes de culpabilité.

IV– ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ne se limite plus à la seule expression d'infections opportunistes, depuis l'utilisation des multithérapies antirétrovirales, elle se manifeste par une multitude de symptômes d'origine diverse parmi lesquels les troubles psychiatriques sont fréquents(3).

Malgré les limites des études réalisées dans ce domaine (faible échantillon, absence de contrôle des comorbidités, méthodologies disparates...), les données actuelles appuyées par quelques méta-analyses indiquent une surreprésentation des troubles psychiatriques dans la population des patients séropositifs pour le VIH, quel que soit le stade évolutif de la maladie(1). Trois éléments apparaissent déterminants dans l'apparition et l'évolution des troubles psychiatriques : les antécédents psychiatriques, le stade de la maladie, et l'environnement affectif et social du patient.

A– LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

1–TROUBLES DEPRESSIFS

Différents moments de l'atteinte par le VIH sont propices à la survenue d'affects dépressifs : le temps de l'annonce qui voit un projet de vie modifié, la nécessité de prendre un traitement qui concrétise la réalité de la présence du virus, la survenue de signes somatiques avec leur cortège de gênes, de l'handicap ou de douleurs. Le tableau clinique des syndromes dépressifs ne présente aucune spécificité et reste très classique. Seul l'entretien permet d'en faire le diagnostic, en tentant en particulier de réfléchir sur l'imputabilité des signes cliniques qui peuvent appartenir aussi bien à la sémiologie dépressive (asthénie, anorexie) qu'à l'atteinte par le VIH ou les affections opportunistes intercurrentes. La littérature internationale donne quelques repères statistiques.

Malheureusement les problèmes méthodologiques sont si importants qu'ils en gênent l'interprétation(4). Les taux de dépression majeure chez des personnes séropositives varient suivant les études de 5 à 10 % (6) voire 36,2 % (5). La dépression est parfois codifiée sans autre précision : son taux varie alors de 52 % (7) à 46 % (8) voire de 22 à 45 % dans un article de synthèse. (9). Par rapport à la population générale, le risque de développer une dépression majeure est multiplié par deux chez les patients séropositifs(1), par quatre pour les personnes de sexe féminin séropositives(10).

Les facteurs de risque de dépression au cours de l'infection sont les suivants(1) : le stade de la maladie, le sexe, l'usage de drogues par voie intraveineuse et les antécédents de dépression ou de psychotraumatisme.(11)

Ainsi le repérage précoce et le traitement des troubles dépressifs sont des enjeux majeurs de la prise en charge des patients séropositifs au VIH.

2- CONDUITES SUICIDAIRES

Le risque suicidaire chez les personnes séropositives a été étudié depuis le début de l'épidémie, d'autant plus que l'étude princeps effectuée en 1985 était particulièrement alarmante : elle estimait le chiffre relatif comme 36 fois supérieur à celui d'une population appariée (12). L'amélioration du pronostic, de la prise en charge a entraîné une baisse de la prévalence : elle serait passée de 40 % à 16 %. (13)

Plus généralement, il est admis que les troubles de l'humeur secondaires à des affections médicales majorent le risque de tentative de suicide et de suicide accompli d'autant plus que l'affection est incurable et douloureuse telle l'infection par le VIH. Les idées et passage à l'acte suicidaire sont au moins 2 fois plus fréquents chez les patients séropositifs que dans la population générale(10).

Les facteurs aggravants du risque suicidaire sont l'usage de drogues, l'âge, l'homosexualité, un stade avancé de la maladie et les antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide. A ces facteurs intrinsèques, s'ajoutent l'isolement socioaffectif, les difficultés financières, la perte d'un emploi ou d'un proche suite à l'infection. (11)

3-TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux sont peu spécifiques et leur intensité va de l'anxiété simple au trouble panique. Les problèmes méthodologiques des études sont les mêmes que ceux rencontrés dans l'étude de la dépression.

La sémiologie comprend un cortège de symptômes somatiques : sécheresse de la bouche, troubles digestifs (diarrhées, vomissements), sensation de tension interne, paresthésies, éruption dermatologique, mais également difficultés de concentration, idée de mort imminente. L'anxiété peut atteindre des niveaux d'intensité extrême réalisant une urgence cardiovasculaire, neurologique ou digestive, conduisant à des hospitalisations répétées. Un raptus anxieux peut conduire à une tentative de suicide.

Les circonstances de survenue sont les moments du test, l'annonce d'une éventuelle séropositivité, l'atteinte d'une infection opportuniste et aujourd'hui la crainte, en cas d'amélioration que celle-ci ne soit pas durable.

Des études montrent que des troubles anxieux spécifiques se produisent à des taux élevés chez les personnes atteints HIV / sida. Par exemple, les taux du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le trouble panique (TP) sont significativement plus élevés chez les personnes VIH que dans la population générale (10% à 54% contre 6,8% (SSPT) et de 11% à 16% contre 4,7% (TP)(14)

4-EPIISODES MANIAQUES

Classiquement décrit dans des stades avancés de la maladie, un tableau maniaque peut apparaître aussi de manière précoce lorsqu'il existe des antécédents familiaux ou personnels de trouble bipolaire (15). Quelques cas de survenue de manie délirante sont signalés chez des patients séropositifs. L'occurrence de la manie, bien que faible (4 %), reste supérieure à celle de la population générale(8).

La notion de troubles thymiques antérieurs doit être systématiquement recherchée (tempérament hyperthymique, hypomanie, états mixtes, manie), ceux-ci favorisant certaines conduites à risque de transmission du VIH(hypersexualité non protégée, usage de drogues...). Dans sa forme tardive, sans antécédent psychiatrique, le tableau maniaque correspond le plus souvent à une atteinte démentielle au stade sida (encéphalopathie due au VIH responsable d'une manie secondaire ou AIDS mania). Cliniquement, l'euphorie expansive laisse souvent place à une irritabilité et à des symptômes psychotiques variables dans leur symptomatologie. Le tableau clinique habituel peut succéder à l'épisode maniaque. La prise en charge devra être réalisée en milieu hospitalier à l'aide d'une collaboration étroite entre médecins infectiologues, neurologues et psychiatre.

5-TROUBLES PSYCHOTIQUES

C'est une complication certes peu fréquente, mais bien décrite dans la littérature internationale. En dehors des cas rapportés de forme secondaire à des infections opportunistes, une hypothèse étiopathogénique souvent évoquée repose sur l'atteinte sous corticale directe par ce virus neurotrope, aboutissant au concept de psychoses secondaires à la démence liée au VIH(16) .

La prévalence des troubles psychotiques chez les patients infectés par le VIH varie selon les études de 0,5 à 15%(17).

Il est probable que l'arrivée des HAART, la diminution du complexe cognitif et moteur associé au VIH et l'atteinte du système nerveux central liée directement à l'action du VIH, modifient les tableaux cliniques rapportés auparavant(18) .

Généralement, l'apparition de novo de symptômes psychotiques survient souvent à un stade avancé de la maladie, mais pas obligatoirement au stade sida. Les symptômes les plus décrits sont les idées délirantes paranoïdes à thème de persécution, de grandeur ou hypocondriaque, suivies, en termes de fréquence, par les hallucinations acousticoverbales ou visuelles avec parfois un automatisme mental. Une participation affective importante est fréquente et un authentique trouble thymique avec symptômes psychotiques est à envisager en première intention. Un syndrome dissociatif, avec notamment des troubles du cours de la pensée, des rires immotivés, est plus rarement décrit.

6-TROUBLE DU SOMMEIL

L'insomnie au cours de l'infection par le VIH répond à des origines potentielles multiples. Elle peut entrer dans le cadre d'un trouble psychiatrique caractérisé, allant des troubles anxieux aux troubles thymiques. Elle peut être induite par l'usage de substances psychoactives non médicamenteuses, lors d'intoxications ou de sevrages. Elle peut aussi bien être secondaire à l'infection elle-même ou à ses complications

somatiques, de même que procéder d'une origine iatrogène. Une de ses conséquences notables est d'aggraver un possible état d'affaiblissement physique ou cognitif déjà existant.

Les études réalisées sur le sommeil des patients VIH ont mis en évidence en plus des perturbations structurales, une diminution de la durée totale du sommeil, un allongement du temps de latence d'endormissement ainsi qu'une plus grande fréquence de réveils nocturnes(17). Quant aux hypersomnies, elles rappellent surtout les descriptions anciennes de troubles initialement proposés comme caractéristiques de l'infection par le VIH habituellement associés aux stades avancés de l'infection(17).

B- LES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES

1. TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Le VIH est un virus neurotrope qui peut être détecté dès les premières semaines de l'infection, dans le système nerveux central(SNC), ou il peut déterminer des atteintes spécifiques : encéphalopathie VIH et myélopathie VIH. Si l'infection virale du cerveau est l'élément initial pour engendrer des lésions, elle n'est pas suffisante pour induire une expression clinique qui apparait dépendre de la réponse inflammatoire que du virus lui-même. Avant le traitement antirétroviral, jusqu'à 30% des patients infectés par le VIH développaient un syndrome démentiel qui marquait un tournant péjoratif dans le cours évolutif de la maladie. A l'heure actuelle, la forme démentielle sévère est devenue plus rare, et une nouvelle classification des troubles neurocognitifs est élaborée. Elle est basée sur des critères diagnostiques cognitifs et sur le retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne, elle distingue trois niveaux de gravité croissante : trouble neurocognitif asymptomatique, trouble neurocognitif léger et démence associée au VIH(19).

Dans le trouble neurocognitif léger, on retrouve au moins un des symptômes cognitifs suivants depuis plus d'un mois : altération de la mémoire, altération de la concentration, ralentissement mental, apathie. Ceci est associé à des anomalies des tests neuropsychologiques et une interférence légère avec les activités de la vie quotidienne. Il faudrait éliminer toute autre explication à ces troubles (dépression, usage des drogues, un retard mental, trouble de personnalité...).

2. SYNDROMES CEREBRAUX ORGANIQUES :

a- Etats confusionnels :

Ils sont évoqués devant une obnubilation de la conscience, des troubles de la mémoire, de l'attention, de la vigilance, une désorientation temporo-spatiale, une perturbation du cycle éveil-sommeil. Ils réalisent des tableaux d'intensité variable, allant de la simple obnubilation à la stupeur akinétique. Ils traduisent de façon non spécifique une souffrance cérébrale quel qu'en soit le mécanisme.

Parmi les étiologies (20), on retrouve :

Les atteintes primaires du système nerveux central :

- infectieuses : abcès cérébraux, toxoplasmose cérébrale, cryptococcose neuroméningée, encéphalites virales... etc.
- tumorales : lymphomes, sarcome de Kaposi, ... etc.
- Les atteintes secondaires du système nerveux central par :
 - hypoxie, due à une pneumocystose par exemple ou à une anémie sévère.
 - troubles métaboliques : trouble acidobasique ou hydroélectrolytique
 - effets secondaires des psychotropes ou interactions médicamenteuses

b- Psychosyndromes organiques

Ils associent à degrés variables, des troubles de la mémoire, de l'attention et de l'affectivité. L'apathie, l'indifférence, les troubles du contrôle pulsionnel avec bouffée d'agressivité, les troubles du caractère avec méfiance constituent un tableau clinique

monomorphe, distinct de la confusion mentale, en raison de l'absence de trouble de la conscience ; et distinct de la démence en raison de la conservation des fonctions supérieures. (20)

C- TROUBLES PSYCHIATRIQUES IATROGENES

Devant toute manifestation psychiatrique, il convient d'éliminer de possibles effets secondaires et interactions médicamenteuses des multiples traitements que le patient peut recevoir.

- Parmi les antituberculeux, l'isoniazide peut être incriminé dans l'apparition de troubles du sommeil, d'épisodes maniaques ou dépressifs, de symptômes d'allure schizophrénique. L'éthambutol peut être responsable d'hallucination ou confusion. La rifampicine peut aussi occasionner des états confusionnels.
- Parmi les antiparasitaires, la pyriméthamine et ses associations peuvent être à l'origine d'insomnie, de sensation ébrieuse. Le métronidazole peut causer des états confusodélirants, des troubles de l'humeur majeurs.
- La sulfadiazine utilisée dans la toxoplasmose peut être incriminée dans la survenue de confusion, de syndromes hallucinatoires.
- Les corticoïdes sont à l'origine de trouble de l'humeur, d'anxiété, de réactions psychotiques, de troubles de comportement.
- Certains antiémétiques tels la métoclopramide et la scopolamine peuvent entraîner des hallucinations tactiles ou visuelles, une confusion (20).
- Les effets indésirables des antirétroviraux sur le système nerveux central, même s'ils restent rares, (21) couvrent un vaste champ psychiatrique et peuvent aller d'une simple asthénie à des troubles psychotiques.

Inhibiteurs de la reverse transcriptase non nucléosidiques :

• **L'éfavirenz** (Sustiva®) fait figure d'exception puisque cet antirétroviral peut provoquer de manière fréquente (plus de 45 % des cas) des troubles du système nerveux central extrêmement polymorphes (22). On a essayé de distinguer deux catégories de troubles :

- Les troubles d'apparition précoce et transitoires (disparition en 2 à 4 semaines) : troubles du sommeil (insomnie, modification des rêves ou cauchemars), somnolence diurne, troubles de la concentration, manifestations anxieuses, vertiges et troubles de l'équilibre.
- Les troubles d'apparition tardive : anxiété, dépression, idées suicidaires avec ou sans passage à l'acte, agressivité, hallucination, épisode maniaque ou psychotique aigu.

La sévérité et le caractère aigu de certaines de ces manifestations (épisode psychotique) nécessitent un arrêt du traitement et une prise en charge psychiatrique avec hospitalisation et traitement adapté. La disparition des symptômes est alors rapide puisqu'ils cèdent en quelques jours. En cas d'antécédents psychiatriques, la prescription de cet antirétroviral sera évitée.

• **La névirapine** (Viramune®) peut provoquer une asthénie et une somnolence. La survenue rare de troubles psychotiques aigus chez des patients sans antécédents psychiatriques a été rapportée. (23)

Inhibiteurs de la reverse transcriptase nucléosidiques :

• **La zidovudine ou AZT** (Rétrovir® et en association dans le Combivir® et le Trizivir®) a été incriminée dans la survenue de manies, d'états d'agitation, de troubles du sommeil (essentiellement à type d'insomnie), mais également d'asthénie, d'anorexie.

- **La didanosine ou ddl** (Videx®) serait, dans quelques cas, à l'origine d'états maniaques. Mais elle serait surtout impliquée, pour 25 % des patients, dans la survenue d'insomnies, et également d'asthénie et d'anorexie, voire de confusion.

- **La zalcitabine ou ddC** (Hivid®) génère moins d'insomnie que la ddl et, pour moins de 3 % des patients, elle peut être à l'origine de confusion, d'un syndrome dépressif.

- **La lamivudine ou 3TC** donnerait des troubles du sommeil, une asthénie et beaucoup plus rarement des troubles dépressifs.

- **L'abacavir** (Ziagen® et en association dans le Trizivir®) peut générer une asthénie. Quelques cas de dépression ont été décrits.

Inhibiteurs de la protéase :

- **Le saquinavir** générerait une asthénie dans 4 % des cas avec parfois somnolence. Il est également responsable plus rarement de troubles dépressifs, de confusion, d'anxiété, d'irritabilité et d'agitation avec hallucinations.

- **Le ritonavir** est incriminé dans la survenue de troubles du sommeil, d'anxiété, d'asthénie et de confusion.

- **L'indinavir** (Crixivan®) peut générer de l'anxiété, une agitation, une baisse de l'acuité intellectuelle, une somnolence, des troubles du sommeil, un syndrome dépressif et des hallucinations. Mais ces symptômes ne surviennent que chez 2 % des patients.

- **Le nelfinavir** (Viracept®) provoque une asthénie relativement fréquente avec somnolence et troubles de la concentration et plus rarement des troubles du sommeil.

Inhibiteurs de fusion et d'entrée :

- **L'enfuvirtide ou T20** (Fuzéon®) génère une anxiété ou une irritabilité, des troubles de la concentration et des cauchemars dans moins de 10 % des cas.

V- LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LORS D'UNE INFECTION PAR LE VIH

Les soins spécialisés apportés aux troubles psychiatriques au cours de l'infection par le VIH s'appuient sur le classique trépied thérapeutique associant psychotropes, psychothérapie et accompagnement psychosocial.

A- Prise en charge médicamenteuse

Les indications des psychotropes restent classiques mais leur intérêt dépasse les implications psychiatriques habituelles, car du traitement de ses troubles dépend aussi l'évolution de l'infection virale. Il a notamment été démontré que l'usage de substances ainsi que la dépression diminuent l'observance à son traitement(24)

Le choix du traitement chimiothérapique devra tenir compte du traitement antirétroviral en cours, afin d'éviter des interactions dangereuses. Par ailleurs ce choix sera classiquement guidé par l'intensité des symptômes, l'état physique du patient, l'efficacité ou l'échec de traitements antérieurs, les effets indésirables des molécules, la forme galénique de la molécule (formes injectables, comprimés ou formes buvables). On privilégiera en ambulatoire un traitement à prise unique quotidienne afin de faciliter l'observance chez des patients aux traitements déjà lourds. Les interactions médicamenteuses potentiellement significatives sur le plan clinique (13) : principalement avec le ritonavir et dans une moindre mesure avec les autres inhibiteurs de protéase, qu'il s'agisse des antidépresseurs, des benzodiazépines (on préférera l'oxazépam ou le lorazépam qui ont des demi vies courtes), des antipsychotiques ou des traitements de substitution aux opiacés.

B– Prise en charge psychothérapique

La relation qu'entretiennent souvent les patients avec leur médecin, comporte en général une dimension de soutien psychologique.

Une psychothérapie au bon moment peut éviter le recours aux médicaments psychotropes qui souvent risquent de gommer les symptômes sans les atteindre.

Parler de ses angoisses, de sa tristesse à un tiers, qui n'a pas à intervenir dans les soins et les investigations, peut aider le patient à mieux assumer sa maladie, à consentir à la traiter, à poursuivre une vie professionnelle et sociale aussi longtemps que possible. De nombreuses modalités de soins psychothérapeutiques qui méritent d'être associées entre elles sont possibles pour individualiser au mieux la prise en charge (psychothérapie d'inspiration analytique, thérapies cognitives et comportementales, thérapies systémiques ou par médiations...)

C– Prise en charge psychosociale

L'isolement social, familial et affectif ainsi que les difficultés rencontrées dans le monde du travail demeurent une réalité aggravant l'état des patients infectés par le VIH et souffrant de troubles psychiatriques. Un accompagnement sur le plan social, après évaluation par une assistante sociale, fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient et conditionne également la réussite de l'ensemble des soins initiés. Il est nécessaire d'adapter les démarches sociales à l'état cognitif du patient et à ses habiletés psychosociales, qui devront être évaluées conjointement par un psychologue ou un neuropsychologue. Cette évaluation psychosociale conjointe est essentielle pour éviter des échecs à répétition très préjudiciables.

D– Action de prévention

L'accès élargi aux TAR modifie profondément l'épidémie de VIH dans le monde. Les taux de mortalité liée au SIDA baissent rapidement. On estime que l'élargissement de l'accès aux TAR a évité 4,2 millions de décès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de 2002 à 2012. Les interventions de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH ont permis de sauver plus de 400 000 vies en 2011 seulement (huit fois plus qu'en 2005)(25).

L'intégration de la santé mentale dans les initiatives et dans les programmes concernant le VIH/sida dans les pays offre une occasion d'améliorer la santé des personnes infectées par le VIH/sida. L'OMS a publié une série de modules et de matériels de formation pour l'intégration des interventions concernant la santé mentale dans les programmes de thérapie antirétrovirale.

Les programmes concernant le VIH/sida dans les pays doivent comporter une évaluation des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances et prévoir une prise en charge adaptée.(26)

PARTIE PRATIQUE

I– OBJECTIFS

Les objectifs de notre travail se sont situés sur divers axes :

L'objectif principal

Etudier la prévalence de la dépression et des troubles anxieux chez les patients infectés par le VIH

Les objectifs secondaires

- ✓ Identifier les facteurs de risques de la survenue de ces troubles
- ✓ Etudier l'impact des troubles psychiatriques sur l'observance thérapeutique
- ✓ Comparer les données recueillies à celles de la littérature.

II– MATERIELS ET METHODES

A. MATERIELS

1–Recrutement des patients

Le travail a été réalisé au sein du service de médecine interne du CHU HASSAN II de Fès, entre Janvier 2011 et Avril 2013. Il a porté sur les patients infectés par le VIH hospitalisés ou consultant dans le service de médecine interne.

Le consentement éclairé a été obtenu auprès de tous les sujets après explication détaillée de l'objet de l'étude et sa procédure.

2–Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Les patients ayant un âge plus de 18 ans
- L'ancienneté du diagnostic de l'infection VIH est supérieure à 3 mois
- Patients atteints de VIH sans ou sous traitement antirétroviral

Critères d'exclusion :

- Les patients ayant une affection psychiatrique chronique
- Les patients suivis pour maladies organiques chroniques

B. METHODES

1. Type d'étude

Notre étude est transversale à recrutement prospectif portant sur une période de 27 mois, allant du 01 Janvier 2011 au 01 avril 2013.

2. Organisation pratique de l'étude

Les patients infectés par le VIH hospitalisés ou suivis au service de médecine interne du C.H.U. Hassan II de Fès étaient la population cible. Il ont été vu par un clinicien dans une salle de consultation au sein du service de médecine interne.

a- Mode de recueil des données

Une Fiche d'exploitation comprenant un hétéroquestionnaire portant sur :

- Les données sociodémographiques : sexe, âge, profession, niveau socio-économique, niveau d'étude, statut marital....
- Les antécédents Psychiatriques:
- Tentative de suicide
- Conduites addictives associées : tabac, alcool, cannabis, opiacés, benzodiazépines....
- Les caractéristiques de la maladie
 - le début : date de diagnostic (durée de la maladie)
 - les circonstances de découverte
 - le mode de contamination
 - la réaction psychologique à l'annonce de la maladie
 - le stade de la maladie

- les complications
- Existence d'autres maladies sexuellement transmissibles
- la prise en charge thérapeutique :

La date d'introductions des médicaments

Le type de médicament

L'observance thérapeutique

- Le retentissement socio familial
- Les facteurs de protection

b- Echelles de mesure

Une évaluation psychiatrique a été réalisée. Elle a comporté :

– un entretien avec le Mini international neuropsychiatric interview (MINI), qui permet de déterminer les troubles psychiatriques, antérieurs et actuels, à l'aide des critères diagnostiques du DSM-IV.

L'évaluation psychiatrique a comporté l'utilisation d'instruments d'évaluation quantitative de :

–L'évaluation de l'humeur à l'aide de l'échelle d'évaluation de dépression de Beck Dépression Inventory(BDI). Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression qui a été développé par Beck . Plusieurs versions existent : la version originale comprend 21 items

0-4 : pas de dépression

4-7 : dépression légère

8-15: dépression modérée

16 et plus : dépression sévère

–L'évaluation de l'anxiété à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (HAMA).

On considère généralement une note inférieure à 17 correspond à une anxiété légère, qu'une note entre 18 et 24 correspond à une anxiété modérée, et qu'une note entre 25 et 30 correspond à une anxiété majeure.

3. Analyse statistique

Les données étaient recueillies sur des fiches d'exploitation préalablement imprimées puis saisies sur un fichier Excel qui regroupait l'ensemble des paramètres décrits. L'analyse statistique en une description de notre échantillon selon les caractéristiques sociodémographique, les caractéristiques de l'HIV, les antécédents psychiatriques, MINI avant et actuel, scores BDI et Hamilton.

L'analyse statistique des données a été effectuée sur le logiciel EPI-info.

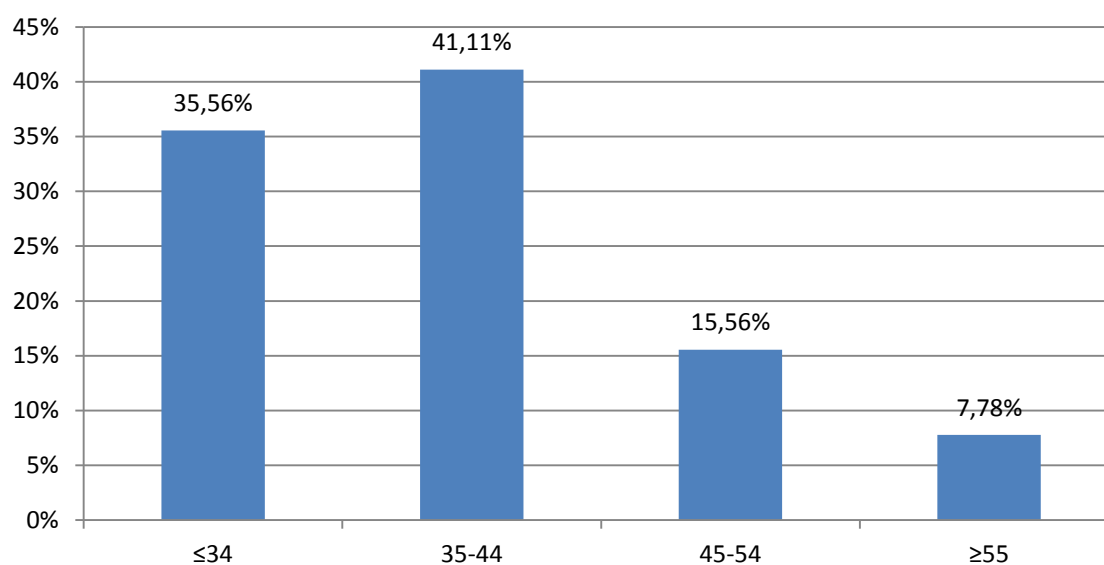
III– RESULTATS DESCRIPTIFS :

A. Caractéristiques sociodémographiques

1–L'âge

- L'âge moyen des patients est de 38,9 ans écart type 9,38.
- Les extrêmes d'âge sont de 22 ans et 64 ans.

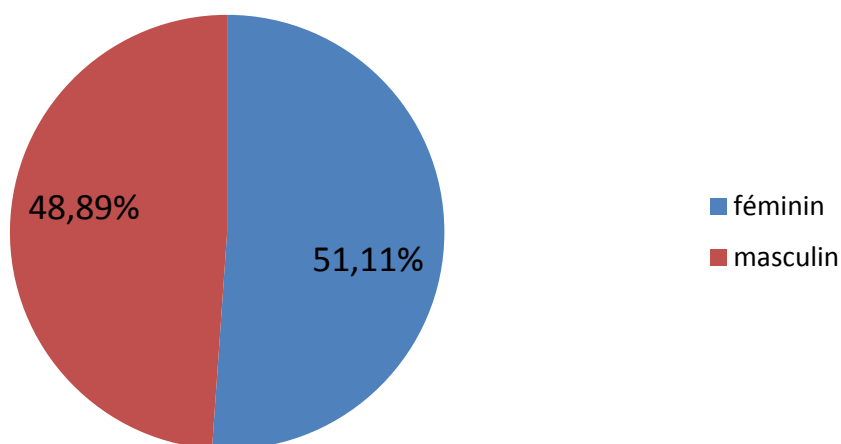
Répartition des patients selon l'âge



2-Le sexe

Dans notre série, on dénombre 46 femmes et 44 hommes avec un sexe ratio

Répartition de la population selon le sexe

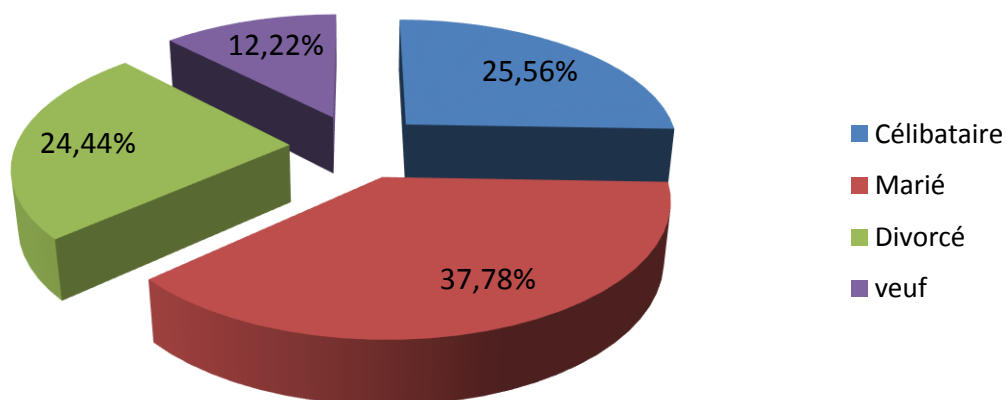


H/F=0,95.

3-Le statut marital

25% de la population étudiée sont des célibataires, 38% des mariés, 25% des divorcés et 12% des veufs.

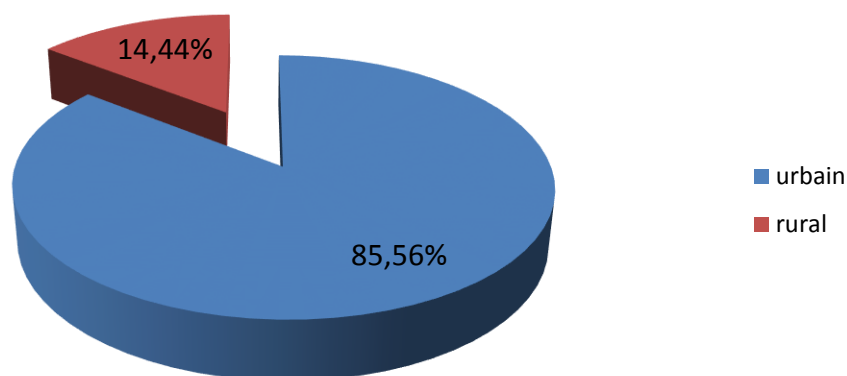
Répartition de la population selon le statut marital



4-Milieu de vie

Dans notre échantillon 85% vivaient dans un milieu urbain et seulement 15% vivaient dans un milieu rural.

Répartition de la population selon le milieu de vie



5-Niveau d'étude

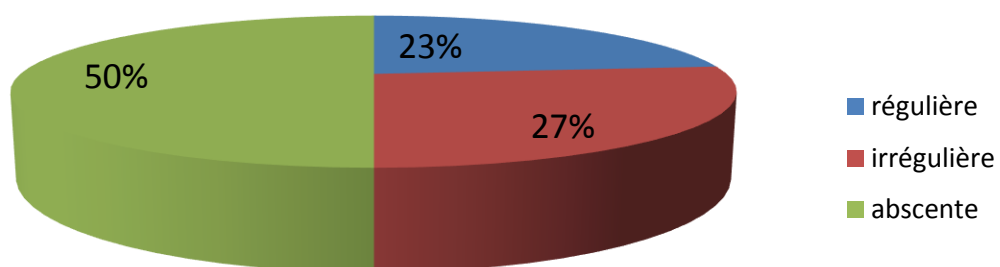
Dans notre série 49% de nos patients sont non scolarisés ou d'un niveau primaire, 23% des patients sont d'un niveau secondaire et 28% d'un niveau bac ou plus.

Niveau d'études	Nombre	Pourcentage
non scolarisé	26	28,89%
primaire	18	20,00%
secondaire	21	23,33%
bac	15	16,67%
bac +	10	11,11%
Total	90	100,00%

6-Activité professionnelle

50% des patients sont sans profession, 27% avec activité professionnelle irrégulière et 23% ont une activité professionnelle régulière.

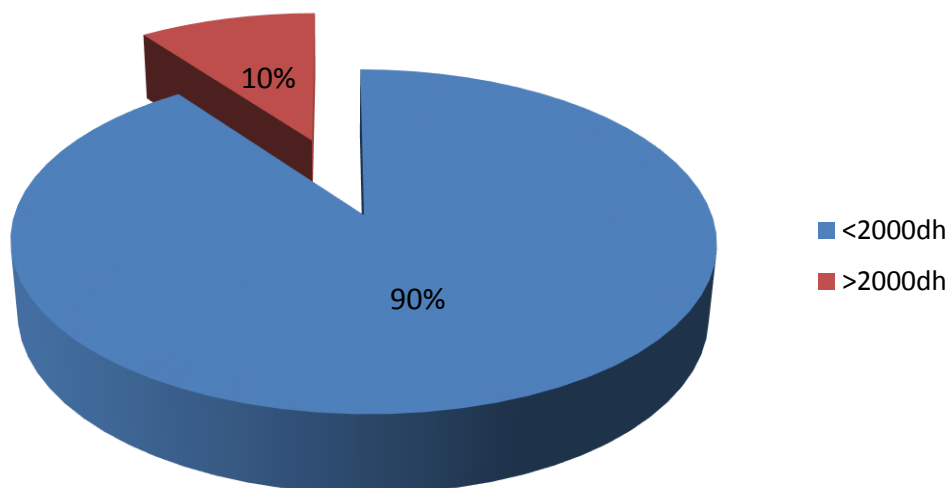
Répartition de la population selon l'activité professionnelle



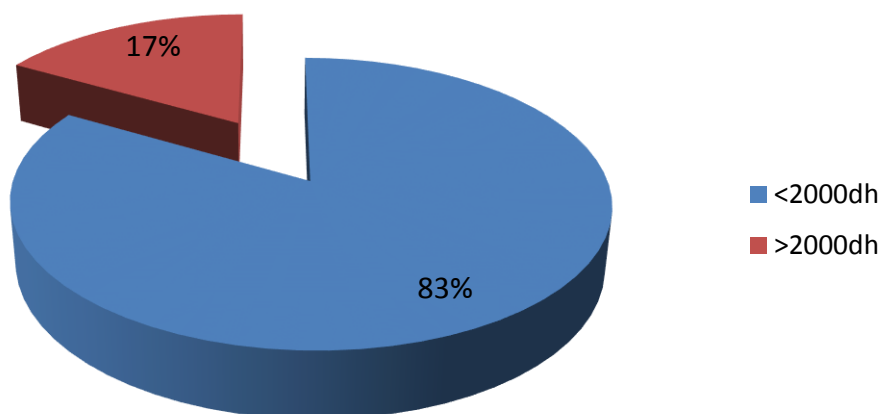
7-Revenu

Le revenu familial est inférieur à 2000dh dans 90% des cas et le revenu personnel est inférieur à 2000dh dans 83% des cas.

Répartition selon le revenu familial



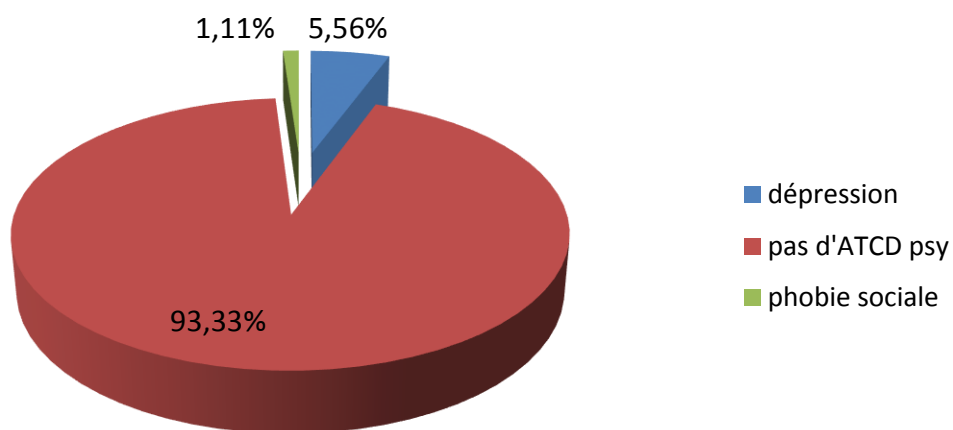
Répartition selon le revenue personnel



B- Antécédents

➤ Psychiatriques

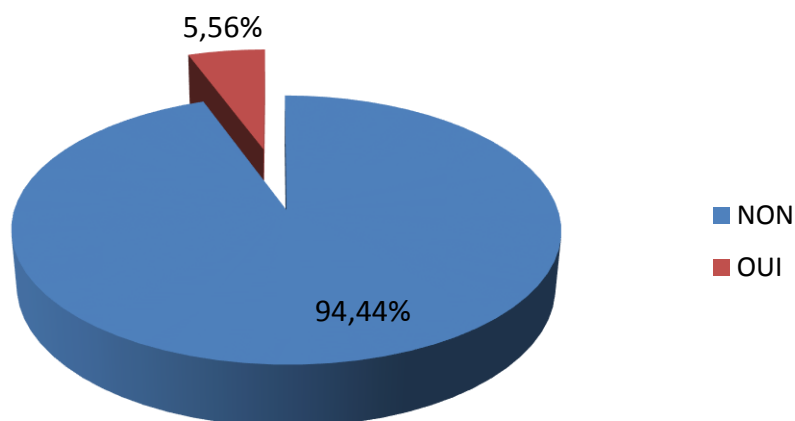
ATCD psychiatrique



➤ Tentative de suicide

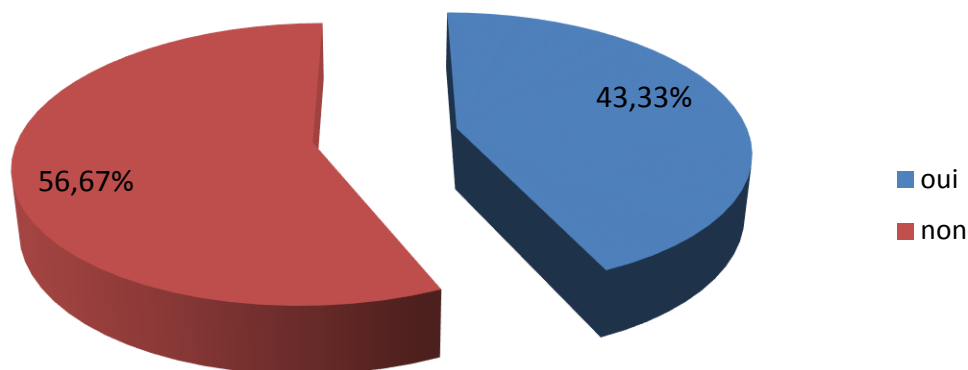
Dans notre échantillon, nous avons trouvé un antécédant d'une tentative de suicide chez 5,5% des patients. La tentative de suicide était survenue dans l'année qui suit l'annonce du diagnostic chez quatre patients. Un patient a fait une tentative de suicide des années avant le diagnostic de la éropositivité.

ATCD TS



- **Antécédents toxiques** : 43% de la population ont des antécédents toxiques

ATCD toxiques

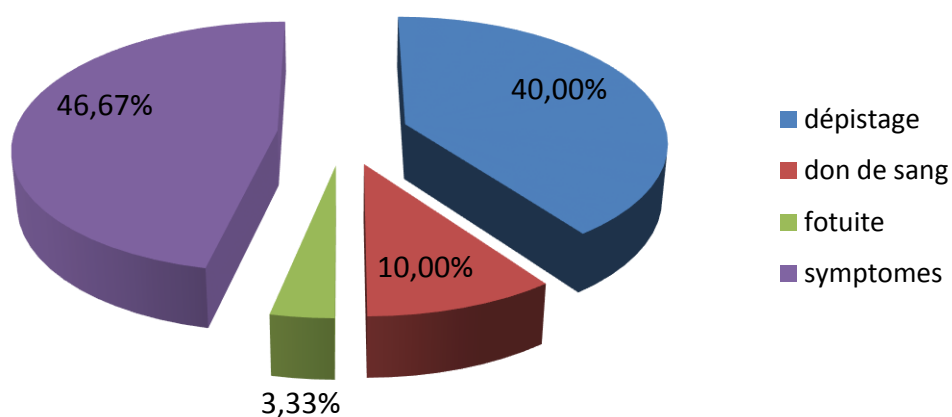


C– Les caractéristiques de la maladie

- **Circonstances de découverte**

46,7% des cas de VIH sont découverts par des symptômes, 40% par dépistage, 10% lors d'un don de sang et 3% de façon fortuite.

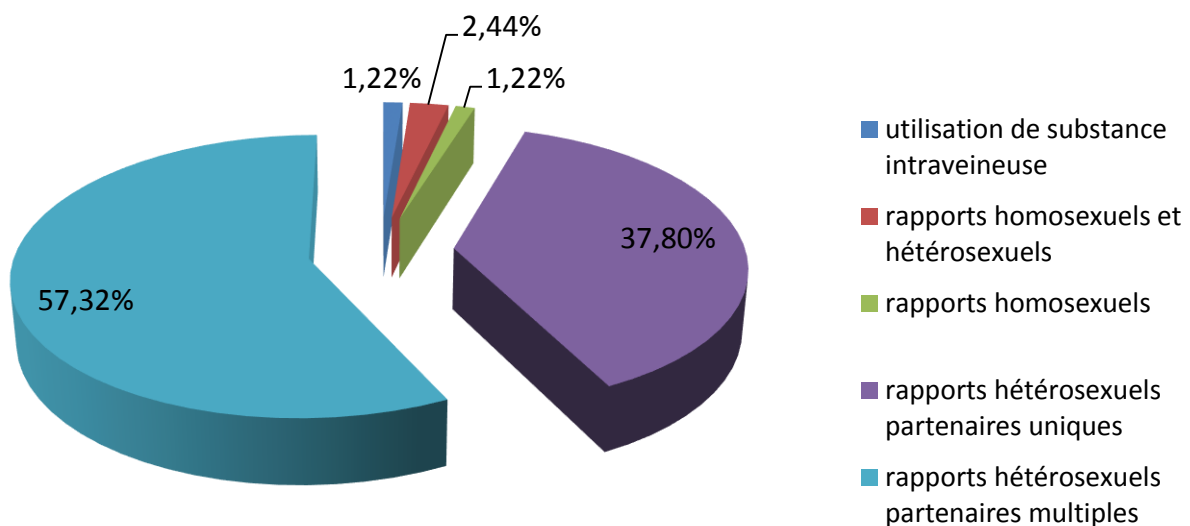
Circonstance de découverts



➤ Mode de contamination

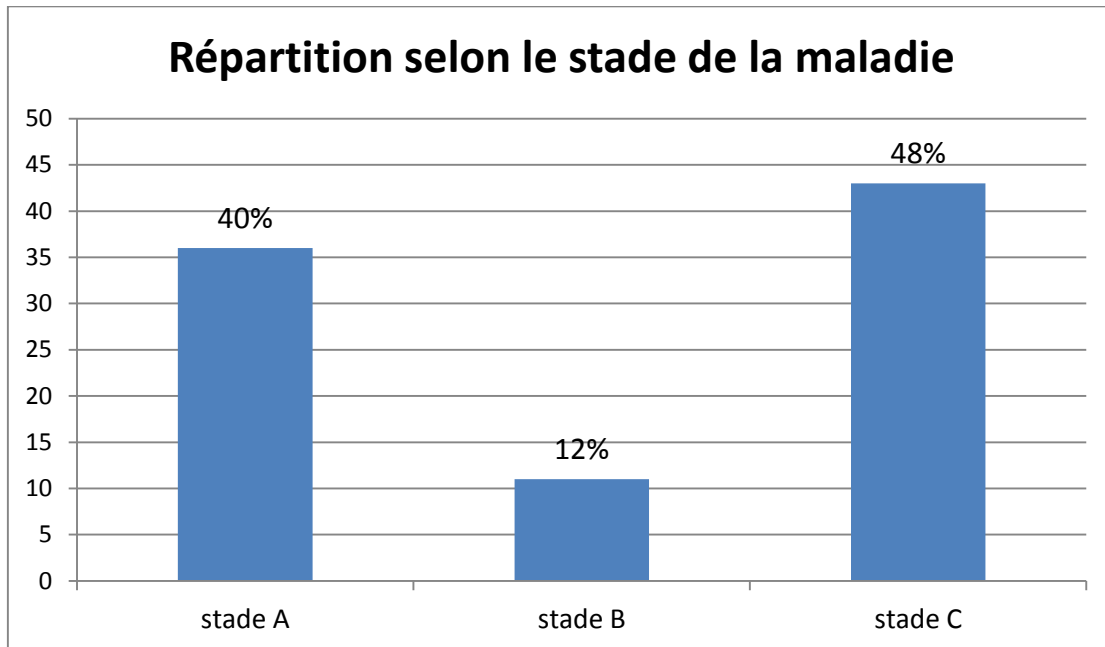
Dans la majorité des cas le mode de contamination était des rapports hétérosexuels avec partenaires multiples 57%, les rapports hétérosexuels avec partenaire unique constituent un pourcentage de 38%. On a trouvé un mode de contamination par des rapports homosexuels et hétérosexuels chez 2,5% de la population et 1,2% par des rapports homosexuels uniquement. L'usage d'une substance intraveineuse est retrouvée dans 1,2% des cas.

Répartition selon le mode de contamination



➤ Stade de la maladie

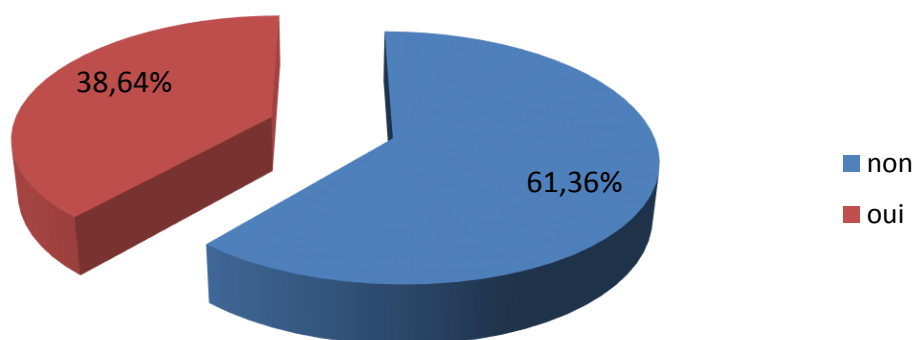
48% des patients avaient un stade C, 40% avaient un stade A et 12% avaient un stade B.



➤ Complications

38,7% de la population avaient des infections opportunistes ou néoplasies qui compliquent l'infection par le VIH.

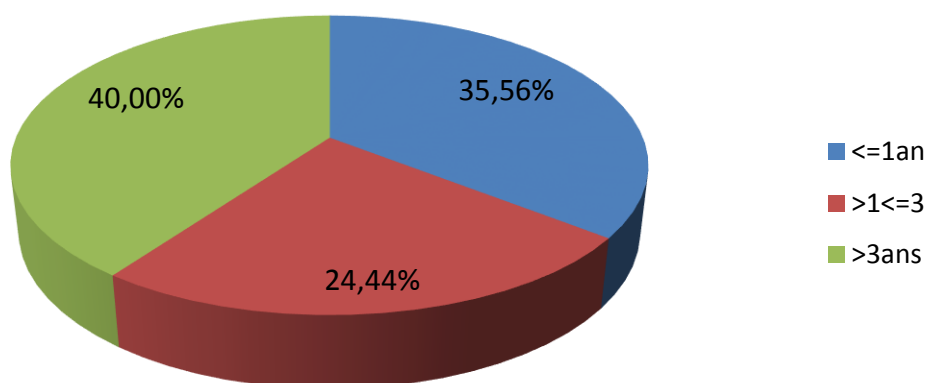
Répartition selon la présence des complications



➤ Durée de la maladie

Dans notre échantillon 40% des patients ont une ancienneté de diagnostic de plus de trois ans, 24% entre un an et trois ans et 36% moins d'une année.

Répartition de la population selon l'ancienneté du diagnostic



➤ La réaction psychologique à l'annonce

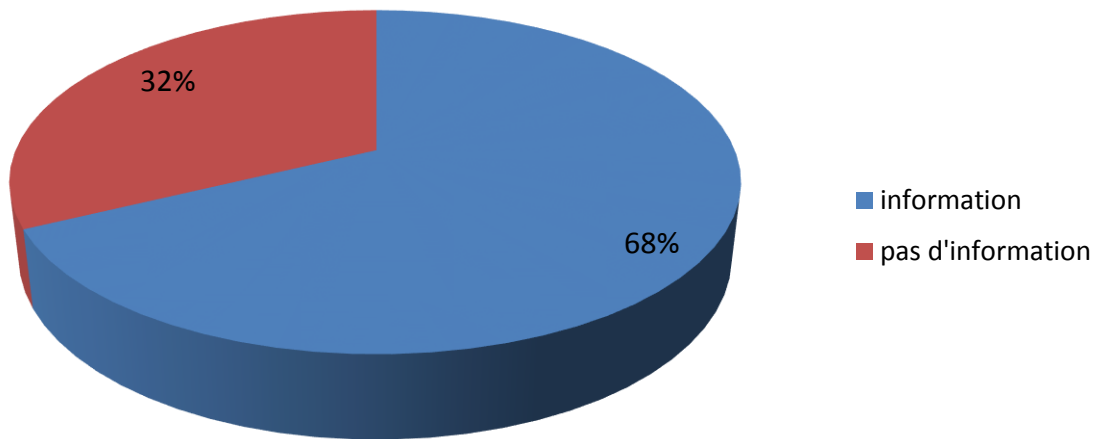
La réaction à l'annonce a été sous forme de symptômes antidépressifs dans 66% des cas, une réaction d'anxiété est retrouvée dans 68% des cas et une réaction de persécution est retrouvée dans 5% des cas.

	OUI		NON	
	Nombre	Pourcentage%	Nombre	Pourcentage%
Angoisse	61	67.78	29	32.22
Persécution	4	4.44	86	95.56
Symptomatologie anxio-dépressive	60	66,67%	30	33,33%

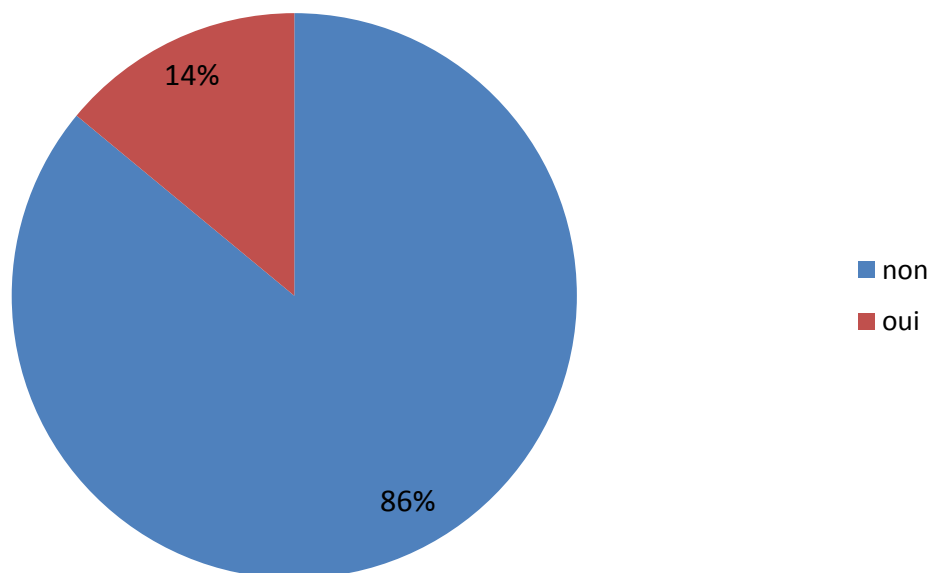
➤ **Les personnes informées**

Le pourcentage des patients qui ont préféré de garder le secret entre eux et l'équipe soignante est de 32% .

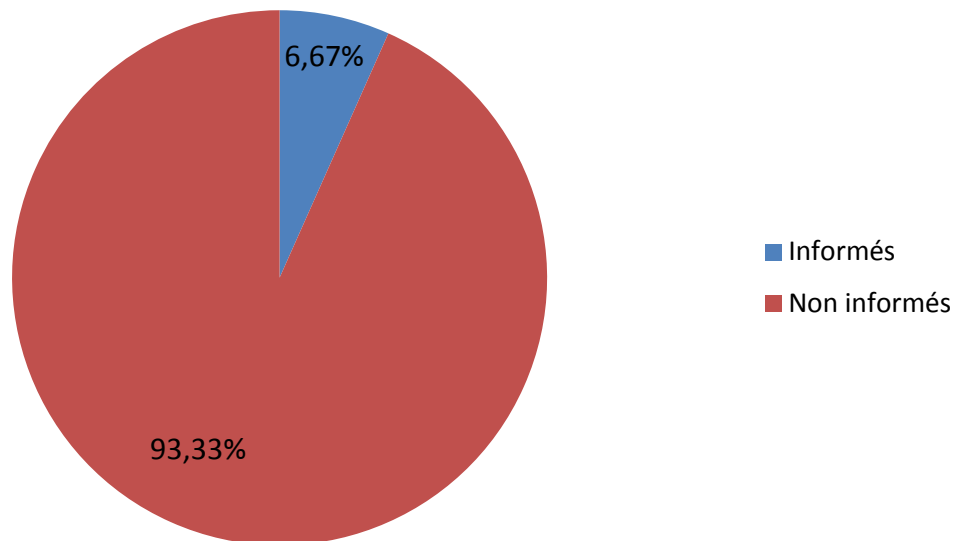
Le pourcentage de l'information sur la maladie



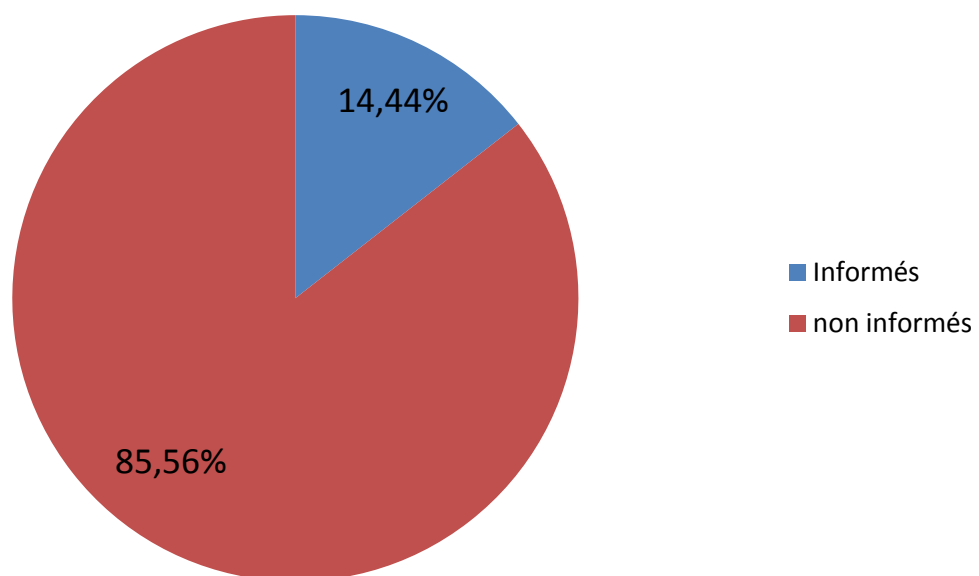
Répartition selon le partenaire informé



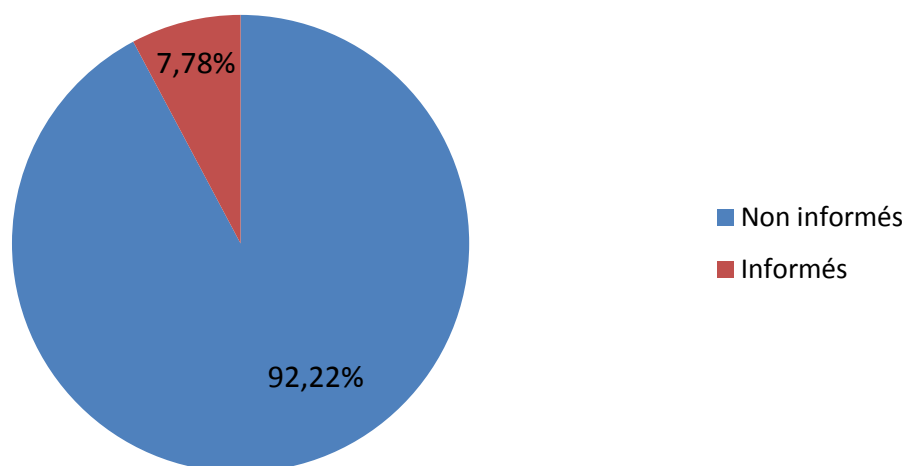
Répartition selon les amis informés



Répartition selon la Petite famille informée



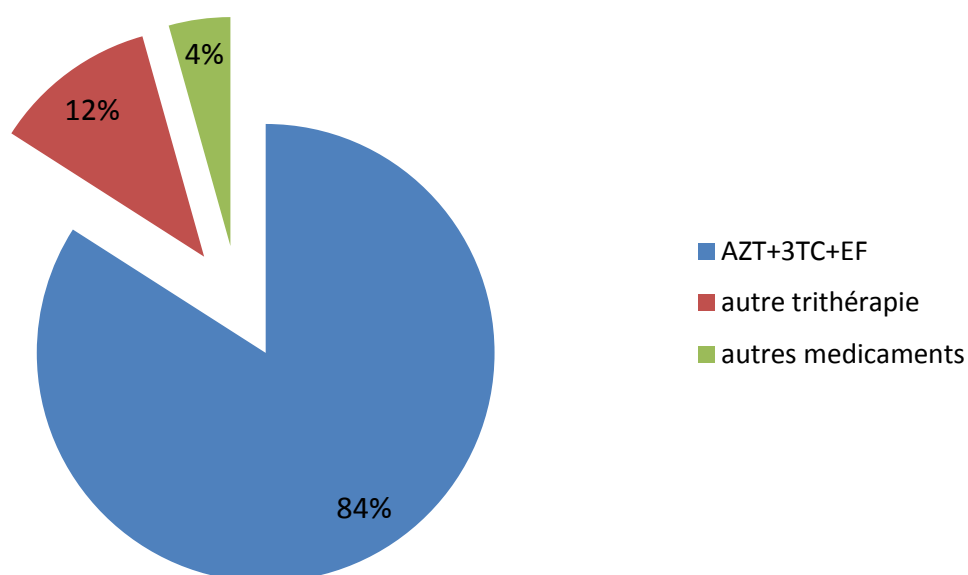
Répartition selon la grande famille informée



D. la prise en charge thérapeutique

➤ Le type de médicament

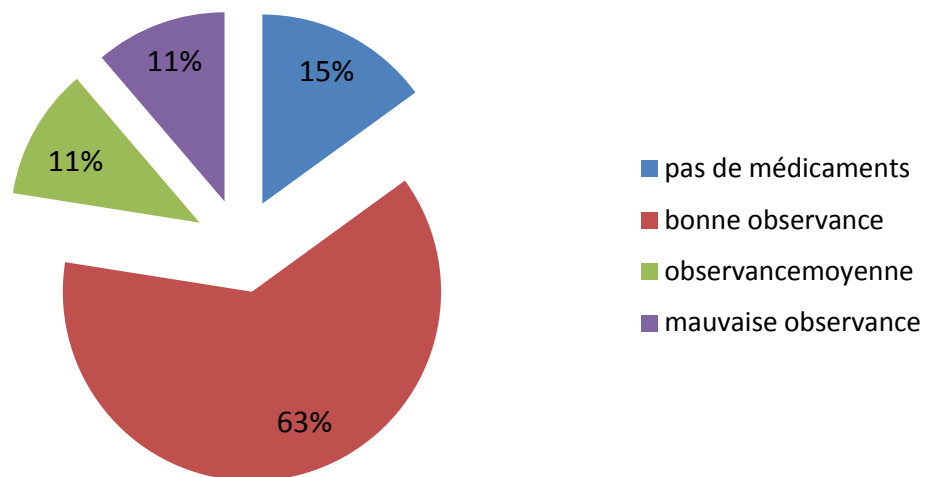
Répartition de la population selon le type du traitement



➤ L'observance thérapeutique

dans notre échantillon 15% des patients n'étaient sous aucun traitement, 62% des patients étaient des patients réguliers avec une bonne observance thérapeutique. Chez 11% des patients l'observance était moyenne et 11% des patients étaient des mauvais observants.

Répartition de la population selon l'observance thérapeutique

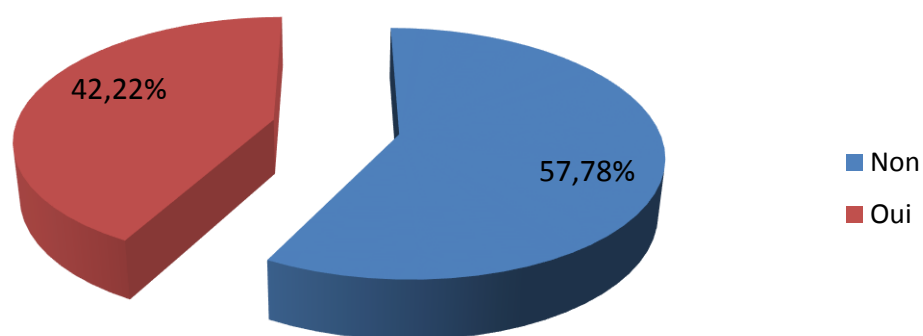


E. Les facteurs de protection

➤ Soutien psychologique de la famille

42% des patients rapportent qu'ils sont soutenus par leurs familles

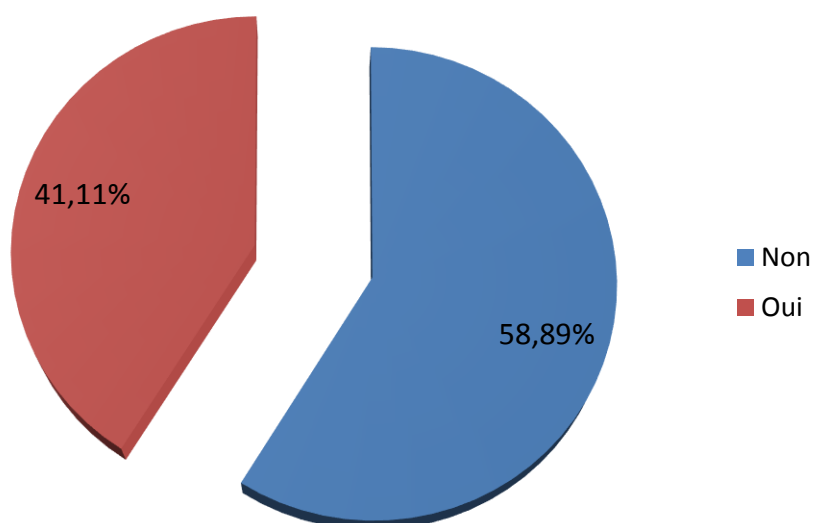
Répartition de la population selon le soutien familial



➤ Appui financier

40% des patients avaient un appui financier de la part de leurs familles

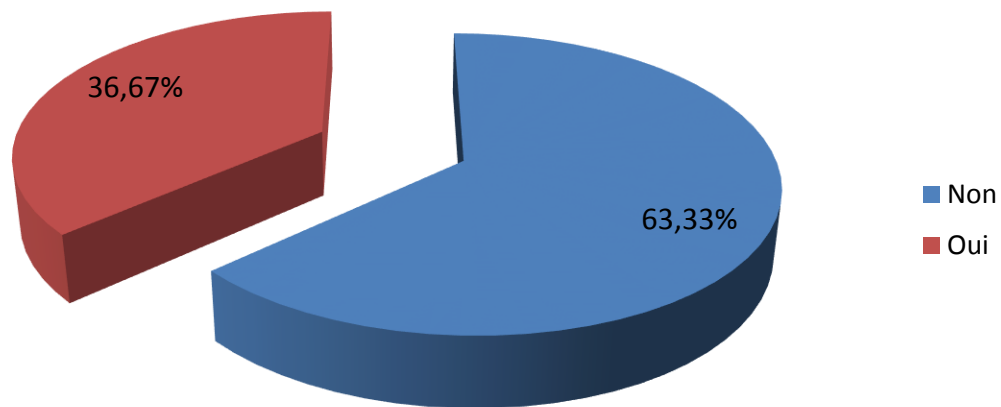
Répartition selon l'appui financier



➤ **Participation dans des associations**

37% des patients ont participé dans des associations.

Participation dans des associations

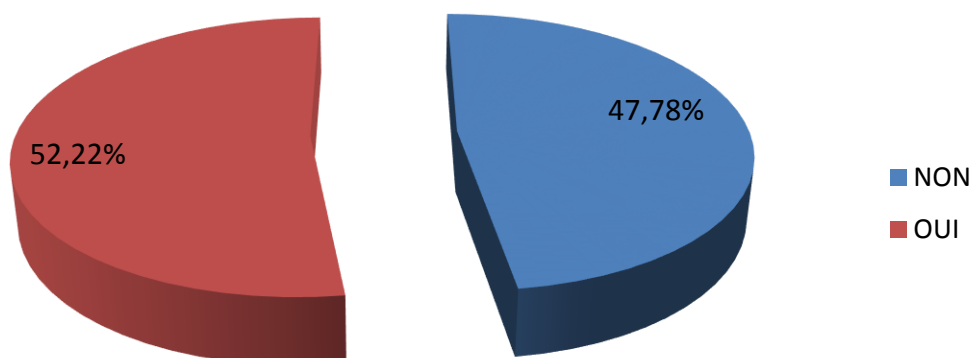


F. Le retentissement socio-familial

➤ **Travail**

On a noté un retentissement sur le travail chez 52% des cas .

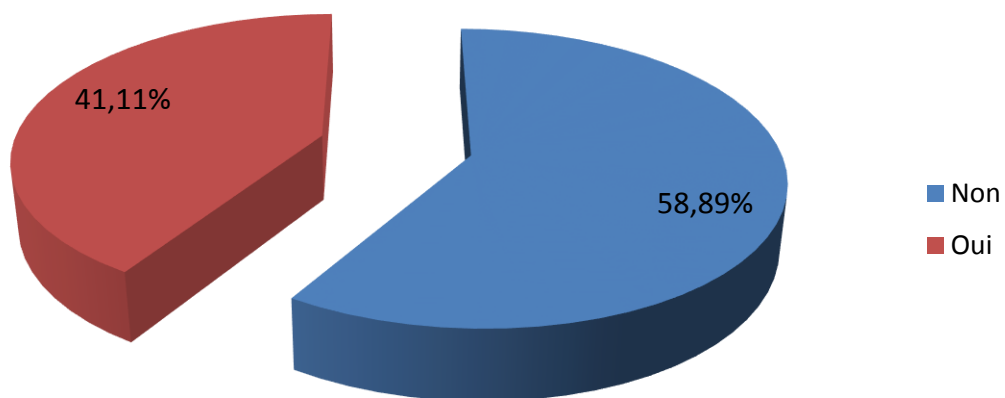
Retentissement sur le travail



➤ **Loisirs**

Dans notre série, 41% des patients ont déclaré avoir un retentissement de la maladie sur les loisirs

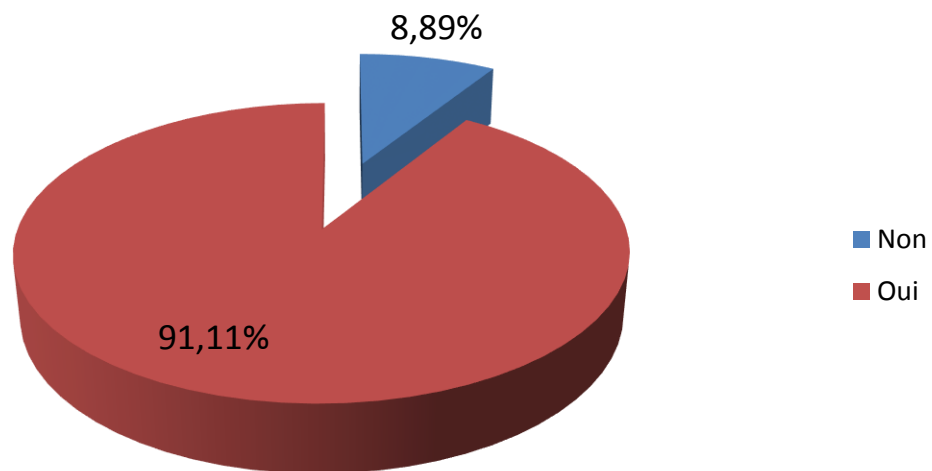
Retentissement sur les loisirs



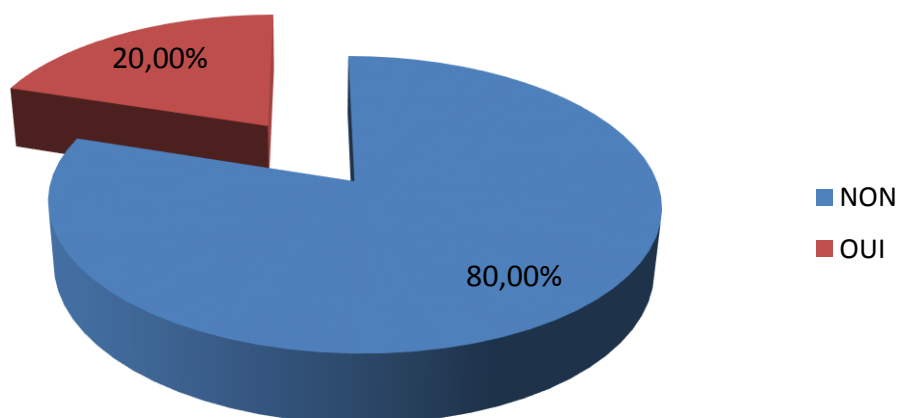
➤ Sexualité

Dans notre échantillon 91% des patients ont réclamé un retentissement de la maladie sur leur sexualité et 80% des patients n'expriment aucun plaisir dans les rapports sexuels.

Retentissement sur la sexualité



Retentissement sur le plaisir

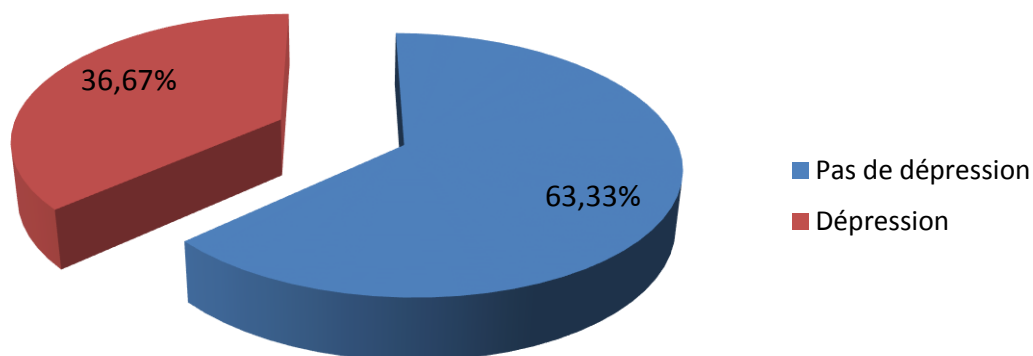


G. Evaluation psychiatrique

1–Evaluation de la dépression par le MINI

37% des patients avaient une dépression selon le MINI.

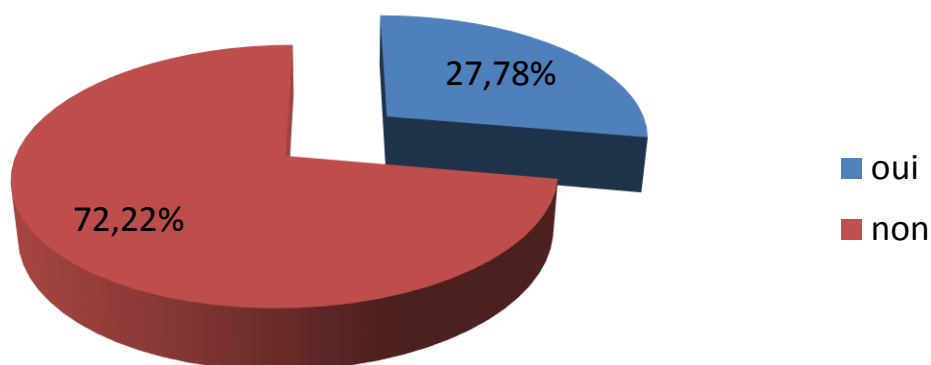
Déscription de la population selon la dépression mesurée par le MINI



2–Evaluation de l'anxiété par le MINI

28% des patients avaient une anxiété selon le MINI.

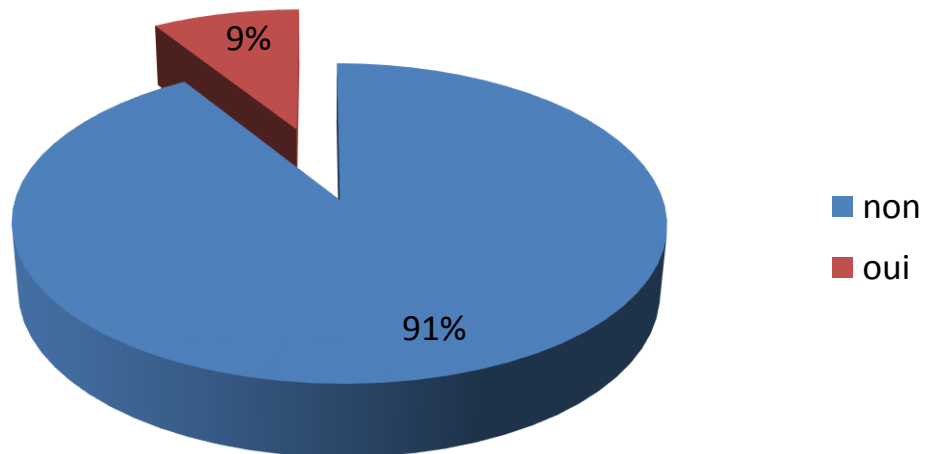
Déscription de la population selon l'anxiété mesurée par le MINI



3-Evaluation du risque suicidaire par le MINI

9% des patients avaient un risque suicidaire selon le MINI

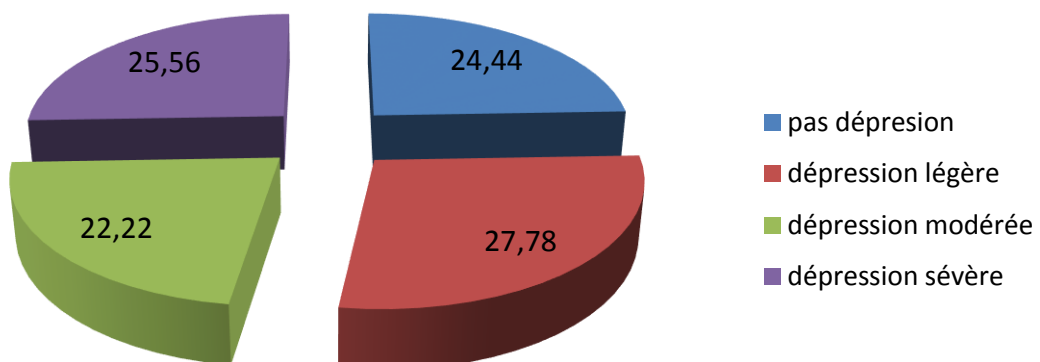
Déscription de la population selon le risque suicidaire mesuré par le MINI



4-Evaluation de la dépression par le Beck

Selon l'échelle de mesure de Beck, 75,5% des patients présentaient une dépression dont 28% des patients présentaient une dépression légère, 22% une dépression modérée et 25,5% présentaient une dépression sévère.

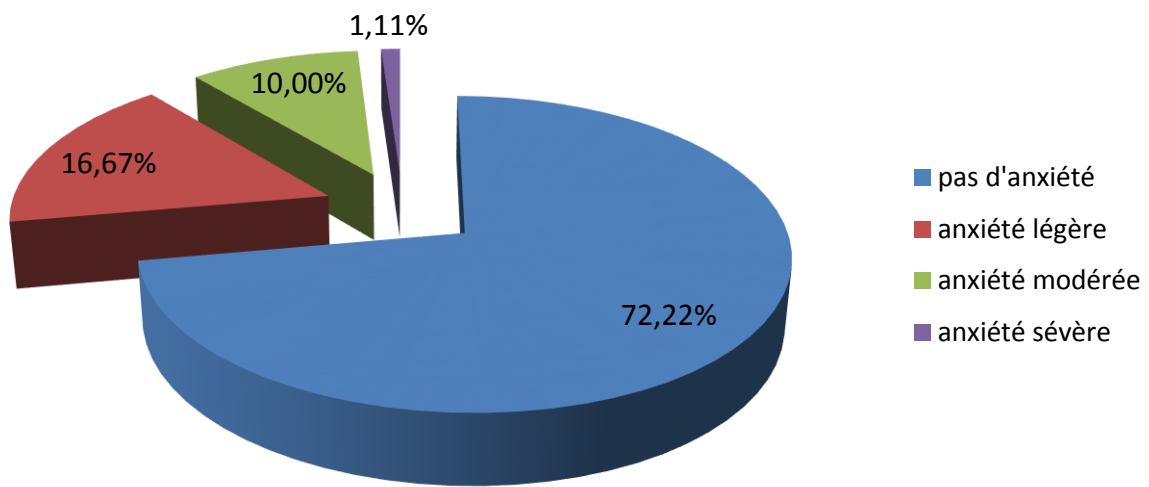
Déscription de la population selon la dépression exprimée par le beck



5-Evaluation de l'anxiété par le Hamilton

Selon l'échelle de mesure de l'anxiété Hamilton, 72% des patients n'avaient pas d'anxiété, 16,7% avaient une anxiété légère, 10% avaient une anxiété modérée et 1,1% une anxiété sévère.

Déscription de la population selon l'anxiété mesuré par le Hamilton



DISCUSSION

1. Argumentaire de la méthodologie

Au Maroc, aucune étude n'a été réalisée sur les troubles psychiatriques et le VIH. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de faire une étude sur les troubles anxiodépressifs de la pathologie VIH/SIDA. Ainsi, l'idée d'entamer une étude descriptive au sein du service de médecine interne du CHU Hassan II de Fès afin d'étudier la prévalence des troubles anxiodépressifs et rechercher les principaux facteurs de risque associés à ces troubles.

Dans cette étude on s'est servi du logiciel Epi Info version 7 pour toutes nos analyses statistiques.

2. Synthèse des principaux résultats

- L'âge moyen de notre série est 39 ans avec sexe ratio environ 1.
- 25% de la population étudiée sont des célibataires, 38% des mariés, 25% des divorcés et 12% des veufs.
- 50% des patients sont sans profession, 27% avec activité professionnelle irrégulière et 23% ont une activité professionnelle régulière.
- 40% des patients ont une ancienneté de diagnostic de plus de trois ans
- Dans notre échantillon, nous avons trouvé une tentative de suicide chez 5,5% des patients. La tentative de suicide était survenue dans l'année qui suit l'annonce du diagnostic chez quatre patients.
- 43% de la population ont des antécédents toxiques.
- Dans la majorité des cas le mode de contamination était des rapports hétérosexuels avec partenaires multiples 57%, 2,5% avaient des rapports homosexuels et hétérosexuels et 1% avaient uniquement des rapports homosexuels.

- 48% des patients avaient un stade C.
- 91% des patients ont réclamé un retentissement de la maladie sur leurs sexualité et 80% des patients n'expriment aucun plaisir dans les rapports sexuels.
- Dans notre série 27,78% des patients présentaient une anxiété selon le MINI et on a trouvé le même pourcentage en utilisant le Hamilton.
- La prévalence du risque suicidaire dans notre étude est de 9% selon l'échelle MINI
- La prévalence de la dépression dans notre étude est de 37% selon le MINI et de 75% selon le Beck.

3. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature

Les symptômes dépressifs sont fréquents chez les patients porteurs du VIH. Le trouble dépressif peut apparaître à tous les stades de l'infection.

Chez les patients séropositifs, on trouve un taux de dépression majeure variant selon les études de 36,2% à 6% (5). Parfois la dépression est codifiée sans précision et le taux varie de 46% à 52% (27).

Dans notre étude, la prévalence de la dépression est de 37% selon le Mini, ce qui rejoint les données de la littérature (5,27).

Par rapport à la population générale, le risque de développer une dépression majeure est multiplié par deux chez les patients séropositifs(1) et par 4 pour les personnes de sexe féminin séropositifs(10). Les facteurs de risque liés à l'apparition de symptômes dépressifs selon la littérature sont le stade de la maladie, le sexe, l'usage des drogues, les antécédents de dépression ou de psychotraumatisme (11).

Pour les troubles anxieux dans la population générale, le taux varie de 2,4% à 18,2%(27), chez Les patients séropositifs la prévalence est de 42,4%(28), l'attaque de panique est 12 fois plus fréquente. Le taux d'anxiété associée à la dépression est de 32%, une recherche s'intéresse à la détresse trouve 70% des patients anxieux(29). Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux est de 28%, ce qui est concordant avec la littérature (28,29).

Les idées suicidaires et le passage à l'acte suicidaire sont au moins 2 fois plus fréquents chez les patients séropositifs que dans la population générale avec une prévalence de 16%(10). L'amélioration du pronostic et de la prise en charge a entraîné une baisse de la prévalence : elle serait passée de 40 % à 16 % (13). Une étude a été menée en 2003 pour déterminer la prévalence et les caractéristiques des tentatives de suicide dans un échantillon représentatif de Français infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), parmi les 2932 participants 23% avaient commis des tentatives de suicide (30).

Kinyanda et al. ont mené un travail en Uganda, La prévalence de la suicidalité était de 7,8 %, la prévalence des tentatives de suicide était de 3,9 %. Ces prévalences sont inférieures à celles retrouvées dans les études occidentales, cette différence est due en partie aux différences qui existent entre les risques suicidaires chez les populations étudiées indépendamment de leur infection par le VIH(31).

La prévalence du risque suicidaire dans notre étude est de 9% selon l'échelle MINI ce qui rejoint les données des études africaines(31).

CONCLUSION

Aujourd'hui, le Maroc semble avoir abordé tous les aspects essentiels d'une riposte globale à l'infection à VIH. Toutefois, beaucoup reste encore à faire, le nombre de nouvelles infections est toujours en augmentation, avec des éléments de gravité tels qu'une féminisation des infections (quasiment un sex-ratio de 1/1 pour les cas de sida), une tendance à la concentration dans certaines régions du pays et certaines populations les plus exposées même si le pays reste à faible prévalence.

La dépression et les symptômes anxieux sont fréquents chez les patients porteurs du virus VIH. Le trouble dépressif peut apparaître à tous les stades de l'infection. Le diagnostic et le traitement précoce de la dépression chez ces patients s'avèrent fondamentaux afin de prévenir des conséquences négatives sur l'espérance de vie, la qualité de vie et l'adhérence au traitement.

Au Maroc, aucune étude n'a été réalisée sur le sujet, c'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de faire une étude sur les troubles anxiodépressifs de la pathologie VIH/SIDA.

Notre travail a consisté en une étude descriptive prospective d'une durée de 27 mois concernant les patients hospitalisés ou consultant dans un centre de référence au CHU Hassan II de Fès, ainsi qu'une revue globale de la littérature. Les résultats recueillis présentent dans la majorité des cas des similitudes avec celles relevées dans les différentes études réalisées dans ce sens.

La dépression chez le patient infecté par le VIH ne doit pas être considérée comme une réponse normale à l'infection mais comme une complication nécessitant un traitement spécifique et approprié.

Les antidépresseurs sont généralement bien tolérés et efficaces chez les patients VIH. De plus, certains travaux ont démontré que les patients VIH déprimés sous traitement antidépresseur ont une plus grande probabilité d'accéder à des traitements spécifiques pour le VIH et utilisent moins fréquemment les services de santé.

ANNEXES

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: Légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

RÉFÉRENCES

- (1) Ciesla J.F, Roberts J.E.
Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders.
Am J Psychiatry 2001;158(5):725–30
- (2) Desenclos J.C, Dabis F, Semaille C .
Épidémiologie du VIH dans le monde : particularités de l'épidémie au Nord et au Sud.
Virologie.Volume 17, Numéro 3, 132–44, Mai–Juin 2013
- (3) Atkinson J.H, Person C, Young.C, Dietch D, Treisman G.
Psychiatric disorders. In: Gendelman H.E, Grant I, Everall I.P, Lipton S.A, Swindells S.
The neurology of AIDS, 2e éd. Oxford University Press, New York,2005: 553–64
- (4) Linard F, Jacquemin T.
Depression et VIH.
360 Psychiatrie Lundbeck. 2004.
- (5) Turrina C, Fiorazzo A, Turano A, Cacciani P, Regini C, Castelli F, et al.
Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug-users.
J Affect Disord 2001;65:45–53.
- (6) Rabkin JG, Ferrando SJ, Jacobsberg LB, Fishman B.
Prevalence of axis I in an AIDS cohort: a cross-sectional, controlled study.
Comp Psychiatry 1997;38:146–54
- (7)] Low-Beer S, Chan K,Yip B,Wood E, Montaner J, O'Shaughnessy M, et al.
Depressive symptoms decline among persons on HIV protease inhibitors.
J Acquir Immune Defic Syndr 2000;23:295–301.

- (8) Kilbourne AM, Justice AC, Rabeneck L, Rodriguez-Barradas M, Weissman S.
VACS 3 Project Team. General medical and psychiatric comorbidity among HIV-
infected veterans in the post-HAART era.
J Clin Epidemiol 2001;**54**(suppl1):S22–S28.
- (9) Penzak S, Reddy S, Grimsley S.
Depression in patients with HIV infection.
Am J Health Syst Pharm 2000;**57**:376–86.
- (10) Morrisson M F et al.
Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection.
Am J Psychiatry 2002; 159(5): 789–96
- (11) Jean-Philippe
lang.Psychiatrie VIH et hépatite C.2009 p54
- (12) Marzuk P, Tierney H, Tardiff K, Gross E, Morgan E, Hsu M, et al.
Increased risk of suicide in persons with AIDS. JAMA 1988;**259**:1033–7
- (13) F. Linard, T. Jacquemin.
Aspects psychiatriques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
chez l'adulte. EMC(Elsevier, Paris), Psychiatrie 2006 ;37-550-A-20
- (14) A Gonzalez, M J. Zvolensky K W. Grover,
The Role of Anxiety Sensitivity and Mindful Attention in Anxiety and Worry About
Bodily Sensations Among Adults Living With HIV/AIDS.
Behavior Therapy 43 (2012) 768–778
- (15) Cruess D.G, et al.
Prévalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV
disease.
Boil Psychiatry 2003; 54: 307–16

- (16) Swell D.D et al.
HIV-Associated psychosis: a study of 20 cases.
Am J Psychiatry 1994; 151:237-42
- (17) Ruiz P, Guynn R.W, Matorin A.A.
Psychiatric considérations in the diagnosis, treatment and prevention of HIV/AIDS.
J Psychiatric Pract 2000; 6(3): 129-39
- (18) Dolder C, Patterson T, Jeste D.
HIV, psychosis and aging: past, present and future.
AIDS 2004;18(suppl1):S35-S42.
- (19) Antinori A et al.
Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders.
Neurology 2007, 69: 1789-99
- (20) LINARD F, BEAU P, SYLVESTRE D.
Psychiatrie et infections à VIH chez l'adulte.
Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-550-A-20, 1995, 11p
- (21) Treisman G, Kaplin A.
Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents.
AIDS 2002;16:1201-15.
- (22) Bary M, David F, Gasnault J, Kerneis H, Linard F, Longuet P, et al.
Troubles neuropsychiatriques chez les patients infectés par le VIH et rôle de l'éfavirenz.
Med Mal Infect 2004;34:435-49.
- (23) Jan Wise M, Mistry K, Reid S.
Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment.
BMJ 2002;324:879.

- (24) American Psychiatric Association, Work group on HIV/AIDS Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. Am J Psychiatry 2000; 157,(11S):1–62
- (25) Organisation mondiale de la Santé. Le point 2013 de l'oms sur le traitement de l'infection à vih dans le monde : résultats, impact et opportunités, Juin 2013.
- (26) Organisation mondiale de la Santé. Mental health & HIV/AIDS therapy series. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- (27) Health Organisation World Mental Health surveys. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, Severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World. JAMA 2004; 291:2581–90
- (28) Low-Beer S et al.
Depressive symptoms decline among persons on HIV protease inhibitors.
J Acquir Immune Defic Syndr 2000;23:295–301
- (29) Cohen M et al.
The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus-infection.
Psychosomatics 2002;43:10–5
- (30) Préau M, Bonnet A, Bouhnik A.-D, Fernandez L,Y. Obadia, Spire B, VESPA.
Anhédonie et dépression dans le contexte de l'infection par le VIH avec les multithérapies antirétrovirales (ANRS-EN12-VESPA).
L'Encéphale (2008) 34, 385—393
- (31) Kinyanda et al.
The prevalence and characteristics of suicidality in HIV/AIDS as seen in an African population in Entebbe district,
Uganda. BMC Psychiatry, 2012 Jun 18;12(1):63