

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2014

Thèse N° 064/14

**TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS
INFECTES PAR LE VIH
(A propos de 90 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/05/2014

PAR

Mme. LAHLALI NARJISSE

Née le 11 Mars 1986 à Méknes

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Troubles psychiatriques- VIH - Etude transversale

JURY

Mme. AMARTI RIFFI AFAF.....	PRESIDENT
Professeur d'Anatomie pathologique	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. BONO WAFAA.....	JUGES
Professeur de Médecine interne	
Mme. RABHI SAMIRA.....	
Professeur agrégé de Médecine interne	
M. AALOUANE RACHID.....	
Professeur agrégé de Psychiatrie	

Plan

Introduction	6
Première partie : partie théorique	8
I-Rappel sur le VIH	9
A-Historique	9
B-Epidémiologie.....	10
1-Dans le monde	10
2-Au Maroc	11
C-Agent pathogène.....	12
1-Rappel sur les rétrovirus.....	12
2-Structure du VIH.....	12
3-Organisation du génome viral.....	13
4-Cycle de réplication du VIH.....	14
5-Population cible	15
6-Modes de transmission.....	15
D-Clinique.....	17
1-Primo infection.....	17
2-Phase asymptomatique.....	17
3-Phase SIDA.....	18
II-Les troubles psychiatriques chez les patients séropositifs au VIH.....	19
A-Les manifestations psychiatriques	19
1-La dépression.....	20
a-Epidémiologie	20
b-Particularité cliniques.....	24
2-Les troubles anxieux	28
a-Epidémiologie	28
b-Particularités cliniques	29
3-Le suicide	32
4-Les troubles psychotiques	35
a-Définitions et concepts.....	36
b-Epidémiologie.....	36
c-Particularités cliniques	37

5-Les états maniaques	40
6-Les addictions	43
7-Les troubles cognitifs	44
8-Les troubles du sommeil	45
B-Les facteurs de risque.....	47
C-Principes de prise en charge	52
1-La prise en charge médicamenteuse	52
a-Les antidépresseurs	53
b-Les thymorégulateurs.....	54
c-Les anxiolytiques.....	55
d-Les hypnotiques.....	56
e-Les antipsychotiques.....	56
2-La prise en charge psychothérapeutique	58
3-La prise en charge sociale.....	59
Deuxième partie : partie pratique	60
I-Le contexte.....	61
II-Les objectifs	61
III-Méthodologie.....	62
A-La population étudiée.....	62
1-Les critères d'inclusion.....	62
2-Les critères d'exclusion	62
B-Le recueil des données	62
C-Les outils de mesure	63
1-Le MINI	63
2-L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA).....	66
3-Inventaire abrégé de dépression de Beck	69
IV-Les résultats	73
A-Les résultats descriptifs.....	73
1-Les caractéristiques sociodémographiques	73
2-Les caractéristiques de la maladie.....	87
3-Les facteurs de protection	96
4-Le retentissement socio-familial.....	99
5-Evaluation psychiatrique	106
a-Les troubles psychiatriques	106

b-La dépression	107
c-Les troubles anxieux	108
B-Les résultats analytiques.....	109
1-Analyse uni-variée des facteurs de risque de la dépression.	109
2-Analyse uni-variée des facteurs de risque des troubles anxieux	113
3-Analyse uni-variée des facteurs prédictifs du risque suicidaire	118
V-Discussion	120
A-La prévalence des troubles psychiatriques	120
1-La dépression.....	120
2-Les troubles anxieux	122
3-Le risque suicidaire	123
B-Les facteurs de risque	124
1-Les facteurs sociodémographiques	124
2-Les facteurs cliniques	127
3-Les facteurs protecteurs	130
4-Le retentissement socioprofessionnel	131
Conclusion	132
Résumés	135
Annexes.....	141
Références	151

LISTE DES ABREVIATIONS

VIH	: virus de l'immunodéficience humaine.
SIDA	: syndrome de l'immunodéficience acquise.
ONU	: organisation des nations unis.
OMS	: organisation mondiale de la santé.
ARN	: acide ribonucléique.
ADN	: acide désoxyribonucléique.
HTLV	: Human T-cell leukemia virus.
RT	: transcriptase inverse.
AZT	: Azidothymidine ou zidovudine.
3TC	: lamivudine.
EFV	: efavirenz
CMV	: cytomégalovirus.
HVB	: virus de l'hépatite B.
HVC	: virus de l'hépatite C.
SNC	: système nerveux central.
TS	: tentative de suicide.
MST	: maladie sexuellement transmissible.
ARV	: AIDS related virus.
AIDS	: acquired immunodeficiency syndrome.
LAV	: lymphadenopathy associated virus.
CDC	: center for disease control.
HAART	: highly active antiretroviral therapy.
CIDI	: the composite international diagnostic interview.
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview.
BDI	: the beck depression inventory.

HAMA : Echelle d'anxiété de Hamilton.

EDM : épisode dépressif majeur.

MADRS : Montgomery-Asberg depression rating scale.

DSM-III-R : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised.

DSM-IV : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition.

PHQ : Patients Health Questionnaires.

PEC : prise en charge.

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) atteint aujourd'hui tous les pays, ceux d'Afrique sub-saharienne en particulier. L'arrivée des multi thérapies antirétrovirales a considérablement amélioré la situation des patients. Mais les difficultés de la prévention, le dépistage parfois tardif de la séropositivité maintiennent l'épidémie à un niveau important. Les contraintes dans la vie quotidienne (bilans biologiques réguliers, les examens cliniques systématiques, les prises médicamenteuses régulières), les effets indésirables des antirétroviraux, l'incertitude quant à l'avenir ont un impact psychologique majeur. Les décompensations dépressives sont les plus fréquentes mais on retrouve aussi des troubles anxieux secondaires et un risque suicidaire non négligeable. La survenue de troubles psychiques nécessite cependant une attention particulière quant à de possibles atteintes du système nerveux central. L'usage des psychotropes impose quelques précautions en raison des interactions possibles avec certains antirétroviraux. La prise en charge globale demeure plus que jamais d'actualité, la maladie chronique et les difficultés de vie antérieurs à la séropositivité rendent nécessaires une approche psychothérapeutique et sociale.

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 opportun, vu l'importance du problème, de faire une étude sur l'aspect psychiatrique de la pathologie VIH/SIDA.

PARTIE THEORIQUE

I- RAPPEL SUR LE VIH :

A- Historique : [1]

Cela fait plusieurs décennies aujourd'hui que le virus du sida existe sur notre planète :

En 1981, le « Center for Disease Control » (CDC) (organisme d'Atlanta surveillant l'incidence des maladies et la consommation de médicaments aux USA) constate une augmentation de consommation de Pentamidine (médicament utilisé pour le traitement de la Pneumopathie à pneumocystis carinii (pneumocystose)) chez de jeunes hommes homosexuels. Peu de temps après, plusieurs dizaines de cas de sarcome de Kaposi (un cancer rare) sont découverts, toujours chez des homosexuels, dont certains sont aussi atteints de pneumocystose. La conjonction de ces deux maladies habituellement rarissimes est inquiétante et une enquête est ouverte aux USA. Les données épidémiologiques font soupçonner une nouvelle maladie.

En 1982, une nouvelle maladie est découverte chez un nombre croissant d'homosexuels et d'hémophiles ; la transmission par voie sexuelle et sanguine est démontrée. Les premiers cas chez l'enfant sont décrits. Un déficit profond de l'immunité cellulaire est constaté chez tous les malades. Les CDC publient la description et les critères diagnostiques de cette nouvelle entité clinique : le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

C'est en 1983, dans le laboratoire du Professeur Montagnier à l'Institut

Pasteur de Paris que va être isolé pour la première fois le virus responsable du SIDA le VIH .Ce virus est isolé à partir de cellules d'un ganglion prélevées chez un sujet homosexuel de retour des USA et présentant en amont du SIDA des lymphadénopathies. Il s'agit d'un nouveau rétrovirus qui va être baptisé LAV (Lymphadénopathie Associated Virus).

En 1984, l'équipe du Professeur Gallo isole à son tour le virus du SIDA qu'elle va appeler HTLV-III. De son côté, l'équipe du Professeur Levy à San Francisco isole également le virus du SIDA sous le nom de ARV (AIDS Related Virus). La situation devient assez rapidement confuse dans la littérature où le virus est tantôt appelé LAV ou HTLV -III ou ARV. Le comité de nomenclature internationale des virus va finalement attribuer le nom de VIH-1 (Virus de l'immunodéficience Humaine 1) au virus qui cause le SIDA.

En 1984, l'activité antirétrovirale de l'Azidothymidine (AZT) est mise en évidence. C'est le premier traitement disponible contre le VIH.

C'est en 1986 à l'institut Pasteur que le Professeur Luc Montagnier isolait chez deux malades portugais après un long séjour en Afrique et présentant un SIDA, un virus apparenté au VIH-1 mais différent au niveau de ses protéines de surface qui a été appelé HIV-2 ou VIH-2.

En 1993 la classification de la CDC est adoptée.

En 1995 c'est l'introduction des bithérapies antirétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale.

Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.

B- Données épidémiologiques [2]

1- Dans le monde :

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui présent dans tous les pays du monde à degrés divers. D'après les estimations de l'ONU SIDA/OMS, en 2012, il a été estimé que :

35,3 millions [32,2 millions – 38,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde

2,3 millions [1,9 million – 2,7 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le virus

1,6 million [1,4 million – 1,9 million] de personnes sont décédées de maladies liées au sida.

L'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près d'1 adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH, ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. La prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée en Afrique subsaharienne qu'en Asie mais environ 5 millions de personnes vivent avec le virus dans l'ensemble de l'Asie du Sud, du Sud-est et de l'Est.

Après l'Afrique subsaharienne, les régions les plus fortement touchées sont les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, où 1 % des adultes vivait avec le VIH en 2011.

2- Au Maroc :

Au Maroc, la prévalence du VIH dans la population générale reste stable et à un niveau faible (0,11%). En effet, le nombre cumulé de cas de VIH/sida déclarés de 1986 à fin octobre 2013 est de 8040 cas. [3]

Selon les estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA le nombre de personnes vivant avec le VIH au Maroc serait de 30 000 cas. En se basant sur ces données, 74% des cas estimés ne seraient pas au courant de leur statut sérologique VIH. C'est la raison pour laquelle, le ministère de la Santé a inscrit le dépistage VIH comme une des priorités du plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016 et ce, à travers l'organisation de campagnes nationales de dépistage de l'infection par le VIH, en collaboration avec les partenaires de la société civile.

C- Agent pathogène :

1- Rappels sur les rétrovirus [4] :

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la grande famille des rétrovirus. Ceux-ci se définissent par leur structure : particules de 100nm de diamètre, possédant un génome fait de deux molécules d'ARN simple brin se répliquant par bourgeonnement dans les cellules d'où elles sortent enveloppées. Les rétrovirus sont beaucoup plus caractérisés par leur mode de réplication : grâce à la transcriptase inverse, une enzyme qu'ils contiennent, leur génome à ARN est retranscrit en ADN simple brin puis double brin qui s'intègre à la cellule hôte.

Les rétrovirus sont subdivisés en 3 sous familles selon leur pathogénicité:

- les spumavirus : Ont été isolés dans des cultures cellulaires humaines et animales, mais leur implication pathologique n'est pas encore connue
- les oncovirus : Sont responsables de tumeurs ou de leucémie. Ils transforment et entraînent une multiplication non régulée de la cellule. Les HTLV (Human T- cell Leukemia Virus) appartiennent à cette sous famille.
- Les lentivirus : Entraînent des infections virales lentes, toujours mortelles en détruisant les cellules qu'ils infectent. Parmi les lentivirus, seuls VIH-1 et VIH- 2 sont pathogènes pour l'Homme. En microscopie électronique, les deux types de virus présentent une morphologie similaire.

2- Structure du VIH :

En microscopie électronique, les virus de l'immunodéficience humaine présentent les caractéristiques des lentivirus avec un core central excentré, tronculaire et une enveloppe avec des spicules [5].

► Le core central est formé de deux molécules d'ARN et de 3 protéines :

- La protéine interne majeure du VIH a un poids moléculaire de 24000 (P24).
- La protéine la plus interne, associée à l'ARN, a un poids moléculaire de 15000 (P15) et est souvent dissociée en 2 sous-unités (P7 et P9). Par ailleurs le core viral contient des molécules de transcriptase inverse (RT) et d'intégrase.

- La protéine la plus externe de poids moléculaire de 18 000 (P18) est encore appelée protéine de membrane ou de matrix et à laquelle est associée une troisième enzyme virale : la protéase.

► Autour de cette nucléocapside se trouve l'enveloppe virale formée d'une double couche lipidique d'origine cellulaire et de 2 glycoprotéines (gp) virales. La glycoprotéine transmembranaire d'un poids moléculaire de 41 000 (gp 41) traverse la double couche lipidique. Elle est attachée, par des liaisons faibles, non covalentes, à la glycoprotéine d'enveloppe externe faisant saillie à la surface du virus sous forme de spicules. Cette glycoprotéine d'enveloppe externe a un poids moléculaire de 120 000 (gp 120).

3- Organisation du génome viral [6] :

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins 3 gènes : gag (groupe antigène), pol et env (enveloppe) codant respectivement pour les protéines internes de la nucléocapside, pour les enzymes (RT, intégrase, protéase), et pour les protéines de surface. En plus de ces 3 gènes classiques, le VIH possède d'autres gènes situés entre les gènes pol et env et à la suite du gène env. Ce sont au moins 6 gènes nommés tat, rev, vif, vpr, vpu, et 9 qui sont pour la plupart impliqués dans des phénomènes de régulation de l'expulsion des protéines virales, donc de la multiplication du virus. Le gène vpu du VIH-1 est remplacé par vpx chez le VIH-2.

4- Cycle de réplication du VIH [7]:

Il peut être divisé en 2 étapes :

- la première, effectuée par les enzymes virales, se termine par l'intégration du virus dans le génome cellulaire.
- La deuxième comprend la synthèse de nouveaux virions.

► Entrée du virus dans la cellule :

- Le virus s'attache à son récepteur spécifique, la molécule CD4, par l'intermédiaire de sa glycoprotéine gp 120. Puis cette glycoprotéine subit un changement conformationnel permettant la reconnaissance d'une région particulière de cette protéine, le domaine V3, par les corécepteurs à la surface de la cellule. Parmi ces corécepteurs, on peut citer la molécule CXCR4(ou fusine) et la molécule CCR5 [4].

► Retro transcription et intégration [4] :

L'ARN viral, encore associé à des protéines de capsid est retro transcrit en ADN complémentaire par la RT. Puis cet ADN monocaténaire est copié par la RT en ADN bi caténaire. Celui-ci entre dans le noyau de la cellule et s'intègre à l'ADN chromosomique grâce à l'intégrase virale.

► Transcription et synthèse des protéines virales [4] :

Après l'intégration de l'ADN pro viral à l'ADN cellulaire, la transcription du génome viral en ARN messenger s'effectue par l'ARN polymérase II de l'hôte. Ces ARNm vont coder pour les gènes régulateurs et les protéines de structure virale.

Après synthèse des protéines virales, suit l'encapsidation et la dimerisation de l'ARN viral. Ceci conduit à la maturation des protéines virales et à la formation de nouvelles particules virales qui bourgeonnent à la surface de la cellule puis sont libérées dans le milieu extracellulaire[6]

5- Population cible :

Le VIH a un tropisme pour les cellules qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit des lymphocytes TCD4+ helper, mais aussi des monocytes et macrophages, les cellules dendritiques du sang et les homologues, les cellules de Langherans, les cellules micro gliales du système nerveux central. [4].

Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer. C'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

6- modes de transmission [7] :

Depuis le début de l'épidémie, 3 principaux modes de transmission ont été observés : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission verticale.

a- La transmission sexuelle :

La majorité des infections par le VIH soit 75 à 85% a été acquise lors des rapports sexuels non protégés, avec plus de 70% de ces cas liés à la transmission hétérosexuelle [2].

Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus.

Le facteur augmentant le risque de transmission sexuelle est le stade de l'infection (primo infection et SIDA sont les stades où la virémie est élevée).

Autres facteurs de risque : les CD4 < 200/mm³, antigénémie P24 positive, charge virale élevée non contrôlée ou multi résistance aux antirétroviraux.

Le risque est aussi augmenté en cas d'infection génitale, de rapport pendant les règles, de violence sexuelle.

b- La transmission sanguine :

Elle est observée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, lors de transfusion sanguine, de transfusion d'extrait de sang à risque.

Les contaminations professionnelles au cours de piqûre ou blessure accidentelle avec du matériel contaminé ou projection de sang sur les muqueuses.

Le risque est diminué par le dépistage systématique chez les donateurs.

Particularité africaine: Il s'agit des pratiques traditionnelles comme le tatouage, la scarification, l'excision, la circoncision....

c- La transmission verticale (de la mère à l'enfant) :

Elle peut se faire :

-In utero dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas.

- Au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas.

- Pendant la période d'allaitement où le risque est de 5 à 7%.

Sans traitement de la mère, le risque de transmission à l'enfant pour le VIH-1 est de 18 à 25% et de 1% pour le VIH-2.

Ces taux sont fortement réduits par la prise d'Azidothymidine (AZT) par la mère pendant la grossesse et par l'enfant pendant les 6 premières semaines de vie.

d- Autres modes de transmission :

Le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques : salive, larmes, urines, liquide céphalo-rachidien, liquide de lavage broncho-alvéolaire. Ceci n'implique pas automatiquement sa transmissibilité en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus.

D- CLINIQUE :

L'évolution clinique de l'infection à VIH s'effectue en plusieurs phases :

1- Primo infection VIH [8]:

3 à 6 semaines après la contamination par le VIH, les anticorps deviennent détectables dans le sérum des malades infectés. Cette phase peut être accompagnée de manifestations cliniques.

Les premiers symptômes surviennent le plus souvent 10 à 15 jours après la contamination chez environ 20% des sujets. Il s'agit d'un syndrome d'allure grippale associant fièvre, sueurs, frissons, malaise général et plus ou moins associés : une angine rouge, une éruption cutanée morbilliforme ou urticarienne, des troubles digestifs. Quelques fois on retrouve des manifestations neurologiques isolées telles que une méningite lymphocytaire, une encéphalite ou poly neuropathie [9, 10].

A l'examen physique on peut retrouver des adénopathies et parfois une splénomégalie.

Biologiquement on peut retrouver un syndrome mononucléosique.

Tous ces signes s'amendent en une dizaine de jours et le patient entre dans une phase asymptomatique dont la durée est plus ou moins longue.

2- Phase asymptomatique :

Il s'agit d'une phase cliniquement latente mais biologiquement active. La réplication virale est constante avec une destruction progressive du système immunitaire. Ceci va déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la phase symptomatique. Selon les études, l'évolutivité de la maladie semble faire intervenir divers facteurs dont les facteurs viraux, les facteurs environnementaux, génétiques, immunologiques :

* L'âge et le mode de la contamination : les jeunes enfants et les sujets de plus de 60 ans, la transfusion seraient de plus mauvais pronostic.

* Les facteurs génétiques : la présence du gène HLA-DR5.

* Co-infection : avec Herpès virus, la réexposition au VIH, CMV.

* La malnutrition : elle semble être un facteur favorisant l'évolution de la maladie particulièrement en Afrique. [11] Pendant cette phase, la régression du taux de lymphocyte T CD4+ se fait progressivement en quelques années de 500 à 350/mm³. Puis suit une phase dite de progression ou la chute de CD4 s'accélère pour passer en quelques mois en dessous de 200/mm³. Ceci est un facteur pronostique d'évolution vers le SIDA où la charge virale est maximale [12].

3- Phase symptomatique :

Sa durée est variable, de quelques mois à quelques années. C'est à ce stade que surviennent des infections opportunistes liées au déficit immunitaire, des néoplasmes malins et des troubles démentiels.

Les principales atteintes sont les pneumocystoses, les infections à mycobactérie comme la tuberculose, les infections virales à cytomégalovirus, la toxoplasmose, les mycoses (en particulier les candidoses digestives, les cryptococcoses, et les aspergilloses), les lymphomes et la maladie de Kaposi.

Les atteintes du système nerveux central (abcès, encéphalites, tumeurs) peuvent être à l'origine de manifestations psychiatriques diverses. [13]

II- LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS

SEROPOSITIFS AU VIH :

A- Les manifestations psychiatriques :

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

La prévalence des troubles mentaux chez les personnes infectées par le VIH est considérablement plus élevée que dans la population en général. Ces troubles peuvent apparaître à tout moment de la maladie : à l'annonce de la séropositivité, lors de la mise sous traitement antirétroviral ou lors des stades avancés de la maladie.

Ces troubles peuvent être d'étiologies diverses : réactionnels à l'annonce de la séropositivité, secondaires à l'infection elle-même et à ses conséquences somatiques en particulier sur le SNC, ou bien être induits par les traitements antirétroviraux.

Le VIH/sida est un lourd fardeau psychologique. Les personnes atteintes du VIH souffrent fréquemment de dépression et d'anxiété, elles s'efforcent de s'adapter aux conséquences du diagnostic de l'infection et se trouvent confrontées à la difficulté de vivre avec une maladie chronique potentiellement mortelle, et notamment à une espérance de vie plus courte, à des schémas thérapeutiques compliqués, à la stigmatisation et à la perte du soutien social, de la famille ou des amis, elles découvrent l'angoisse d'un destin somatique incertain, le poids d'une surveillance médicale régulière, et lors de la mise sous traitement, les contraintes pratiques de la prise de médicaments, les possibles effets indésirables, un sentiment de culpabilité et de honte quant à leur part de responsabilité dans leur contamination...

Ces troubles psychiatriques sont responsables d'une mauvaise observance voire arrêt définitif du traitement antirétroviral, ainsi que des répercussions sociales,

familiales et professionnelles d'où l'intérêt de leur diagnostic précoce et de leur prise en charge adéquate afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients, favoriser une meilleure observance thérapeutique et donc permettre une meilleure évolution de la maladie. [14,15]

1- dépression :

a- Epidémiologie :

La dépression est le symptôme psychiatrique le plus fréquent qui motive une consultation en psychiatrie chez les personnes porteuses du VIH/SIDA [16], plusieurs études ont été réalisées pour évaluer la prévalence de la dépression chez les patients atteints du VIH :

Badiee et al. [17] ont réalisé une étude prospective au niveau de 6 centres aux états unis utilisant le CIDI (the Composite International Diagnostic Interview) et le BDI-II (the Beck Depression Inventory-II), parmi les 1560 participants de cette étude, 981 (63%) ont rapporté des symptômes dépressifs selon le CIDI.

Une étude transversale menée de septembre 2007 à janvier 2008 portant sur 258 patients vivant avec le VIH en Chine [18] a montré que près de la moitié des participants étaient susceptibles de souffrir de dépression modérée à sévère et environ 70 % d'entre eux étaient susceptibles de souffrir de dépression légère à sévère. Cette haute prévalence était compatible avec celle rapportée dans certaines précédentes études menées en Chine [19, 20], et était plus élevée que le taux moyen de prévalence de la dépression (22-45 %) chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde entier [21]. L'absence de soutien psychologique pour les personnes vivant avec le VIH dans la plupart des régions de la Chine [22], le manque de disponibilité de services médicaux liés au VIH et de traitements antirétroviraux dans certaines régions de Chine [23], l'environnement social et la très forte stigmatisation [24, 25]

peuvent expliquer cette prévalence plus élevée chez les patients infectés par le VIH en Chine par rapport à celle de certains pays occidentaux.

Une étude de cohorte rétrospective a été menée pour déterminer l'incidence et les facteurs prédictifs de dépression dans une cohorte de 2737 patients atteints par le VIH en Guadeloupe suivis pour un total de 8402 patients-années. Le taux d'incidence de la première dépression observée était de 2,2 pour 100 personnes-années (intervalle de confiance de 95% [IC], 1,9-2,6). Le modèle à risques proportionnels de Cox a montré que la période d'inclusion 1997-2000 ([HR] = 1,60 , IC 95% 1,10 à 2,40 = p = 0,01) , la période d'inclusion 2001-2009 (HR = 1,50 ; 95 % CI = 1,02 à 2,40 , p = 0,04) , le stade CDC le plus avancé(HR = 2,30 , IC 95% = 1.30 à 3.10 , p = 0,000) et la fréquence annuelle des visites > 10 (HR = 2,30 , IC 95% = 1,70 à 3,30 , p = 0,000) étaient associés à un risque accru de dépression . L'incidence de la dépression dans cette cohorte VIH était élevée avec trois pics de dépression (2, 7 et 12 ans). Les médecins doivent être vigilants à la détresse psychologique tout au long de la vie avec le VIH. [26]

Une étude de cohorte rétrospective a été menée afin de déterminer les facteurs prédictifs et l'incidence de l'anxiété et de la dépression dans une cohorte de patients suivis en Guyane française. Un total de 2315 patients ont été suivis pour un total de 9116 patients-années de suivi. Le taux d'incidence de la première dépression observée était de 1,89 pour 100 années-personnes. Le modèle à risques proportionnels de Cox a montré que les patients diagnostiqués <1 an ((HR) = 4,15 , IC 95% = 1,15 à 14,9 , p = 0,029) , les patients traités < un an (HR = 3,2 , IC 95% = 01.07 à 06.02 , P <0,001) , les patients souffrant d'anxiété (HR = 37 , IC 95% = 19-72 , p < 0,001) , les femmes (HR = 2,5 , IC 95% = 1,5-4 ; P <0,001) , les citoyens français (HR = 1,6 , IC 95% = 1.5 à 2.5 , p = 0,029) , et les patients souffrant d'une immunodéficience sévère (HR = 3,7 ; IC à 95% = 1.7 à 7.8 , p = 0,001) étaient à

risque accru de dépression. La fonction de risque a montré qu'il y avait trois pics pour la dépression (2, 7 et 14 ans). L'incidence de la dépression dans cette cohorte VIH est élevée. La connaissance de ce modèle peut aider les médecins à être plus vigilants à la détresse psychologique lors de certaines phases de la vie avec le VIH. [27]

Une étude a été menée chez des patients coréens atteints du VIH afin d'évaluer la prévalence de la dépression et ses facteurs de risque [28]. 82 patients infectés par le VIH ont rempli des questionnaires structurés, notamment le Beck Depression Inventory et le State-Trait Anxiety Inventory. Les sujets déprimés ont été comparés à ceux sans dépression en termes de données démographiques, des comorbidités, du taux des lymphocytes TCD4, du nombre de copies d'ARN, du traitement antirétroviral (HAART) et de l'observance thérapeutique. Le taux de dépression était estimé à 21% (17 sur 82 sujets), ce taux est compatible avec les précédents rapports, qui ont observé une prévalence de la dépression chez les patients coréens infectés par le VIH allant généralement de 20% à 36 % [29] et il est plus élevé que le taux de dépression observé chez la population générale. Une étude récente indique que le point de prévalence de la dépression dans la population générale coréenne est de 7,6% à 16,9% et augmente avec l'âge [30]. Les comorbidités (47 % vs 20 %, $P = 0,01$) et le chômage (65 % vs 31 %, $P = 0,02$) étaient des facteurs de risque de la dépression. Les patients dépressifs étaient plus susceptibles d'avoir des symptômes d'anxiété (71 % vs 29 % , $P < 0,01$) ce qui nuit à la qualité de vie , à manquer souvent leurs rendez-vous cliniques chaque année ($P = 0,04$) , et à avoir le temps cumulatif le plus élevé de perdu de vue par mois ($P < 0,01$) par rapport aux patients non dépressifs. Seuls trois patients dépressifs ont été adressés chez des neuropsychologues. Bien que les troubles dépressifs sont fréquents chez les patients infectés par le VIH, ils passent souvent inaperçus. Les cliniciens peuvent hésiter à demander aux patients s'ils souffrent de dépression, les patients quand à eux sont réticents à exprimer leurs

contraintes émotionnelles de peur du préjudice, la connaissance des facteurs prédictifs pourrait aider les cliniciens à identifier les patients dépressifs, la reconnaissance précoce et la gestion de la dépression peuvent améliorer l'observance thérapeutique, ainsi que la qualité de vie des patients. [28]

Une étude transversale portant sur 220 patients infectés par le VIH vivant en Tanzanie à l'aide de (the Clinical Interview Schedule Revised) a été menée pour évaluer la prévalence de la dépression et de l'anxiété [31], La principale conclusion de cette étude était que la dépression ou les troubles anxio-dépressifs ont été identifiés chez 15,5% des patients VIH positifs en Tanzanie. La prévalence retrouvée dans cette étude est légèrement plus élevée que celle retrouvée dans une enquête antérieure réalisée dans le même centre de la présente étude, qui a retrouvé une prévalence de dépression ou d'anxiété aux alentours de 13 % [32]. Cette valeur de 15,5% est à l'extrémité inférieure de la plage trouvée précédemment dans une population de séropositifs en Afrique subsaharienne. En Tanzanie, une prévalence de 21% était trouvée chez des patients ambulatoires qui avaient reçu un minimum de six mois de thérapie antirétrovirale [33] et 45 % chez des mères séropositives un an ou plus après l'accouchement [34]. Dans les pays voisins (Ouganda et Kenya), les prévalences de la dépression ont varié de 19 à 47 % [35, 36, 37]. Les prévalences sont également de grande envergure dans la population des séropositifs en Afrique du Sud, allant de 14 à 56 % [38, 39, 40]. En Ethiopie, une étude récente a retrouvé une prévalence de 56% [41].

Une étude utilisant le Hopkins Symptom Check list (HSCL) et le Beck Depression Inventory (BDI) a été conduite en Afrique du sud auprès de 85 patients sous traitement antirétroviral, L'évaluation par le BDI a montré que 37,6% des patients avaient des symptômes dépressifs, 52,9% présentent une dépression selon l'évaluation par le HSCL [42].

Une étude a été menée en France afin de déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes atteintes par le VIH, et d'identifier des facteurs de risque pour la survenue de ces troubles, 31 personnes séropositives, ne présentant pas de SIDA déclaré, suivies en ambulatoire dans un hôpital de jour de médecine interne, ont participé à cette étude transversale. Les diagnostics psychiatriques ont été établis selon les critères du DSM-IV grâce au Mini International Neuropsychiatric Interview. La MADRS, la CES-D et la COVI ont été utilisées pour quantifier les dimensions dépressive et anxieuse. Le Social Support Questionnaire a permis d'évaluer le support social perçu. Plus d'un tiers des sujets de l'échantillon présentent un trouble dépressif (EDM ou dysthymie) et 38,7 % présentent un ou plusieurs troubles anxieux. L'insatisfaction par rapport au support social est associée à la survenue de troubles anxieux et/ou dépressifs. L'étude a retrouvé une association entre le temps écoulé depuis l'annonce de la séropositivité et l'existence actuelle de troubles dépressifs. [43]

Par rapport à la population générale, le risque de développer une dépression majeure est multiplié par deux chez les patients séropositifs [44], par quatre pour les personnes de sexe féminin séropositives [45].

b- Particularités cliniques :

Au cours du SIDA, le syndrome dépressif possède quelques traits cliniques particuliers, la douleur morale y est particulièrement vive, centrée sur des thèmes de culpabilité et de châtements. Des ruminations négatives liées à l'effondrement de soi, le sentiment de désespoir avec thème de deuil anticipé, conduisent ces patients à un isolement social croissant.

Les thèmes suicidaires sont fréquents et des risques de passage à l'acte sont élevés.

La symptomatologie dépressive reste classique et peu spécifique : inhibition avec aboulie, asthénie, parfois ralentissement psychomoteur, tristesse, vision péjorative de l'avenir, auto dévalorisation voire culpabilité, mais aussi irritabilité, agressivité.

Elle pose certains problèmes de diagnostic différentiel. L'asthénie, l'anorexie et les troubles du sommeil sont des symptômes fréquemment retrouvés et peuvent être d'origine somatique (effets de l'infection par le VIH, son traitement et l'apparition d'infections opportunistes secondaires). Il en est de même avec les symptômes végétatifs de certaines neuropathies comme la démence, l'encéphalopathie, la toxoplasmose, la leuco encéphalopathie multifocale progressive, la méningite et le lymphome cérébral qui peuvent ressembler aux caractéristiques végétatives motrices ou comportementales de la dépression. Le tableau se complique davantage lorsque surviennent des troubles liés aux substances psychotropes, aux intoxications médicamenteuses, aux problèmes métaboliques et aux endocrinopathies qui produisent également les mêmes symptômes que ceux de la dépression. Relier les symptômes aux causes n'est pas une mince affaire, voilà pourquoi la dépression reste sous diagnostiquée chez ces patients [46,47].

Certaines périodes sont à risque comme l'annonce de la séropositivité, des études ont été faites dans ce sens notamment celle réalisée au Cameroun (Yaoundé) entre février et mars 2011 pour déterminer la prévalence des symptômes dépressifs chez 100 patients infectés par le VIH nouvellement diagnostiqués au niveau de trois hôpitaux de référence de Yaoundé, la dépression a été évaluée utilisant le nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), le diagnostic positif de dépression a été posé pour un score PHQ-9 supérieur à 9. La prévalence globale des symptômes dépressifs était de 63% (CI de 95% : 53.2 à 71.8), la majorité des patients avaient des symptômes correspondant à une dépression modérée [48]. Dans des études similaires, Ouedraogo

et al, Kaharuza et al et Bhatia et al. ont trouvé respectivement des prévalences de dépression de 51.3% à Burkina Faso, 47% en Uganda et 45% aux USA [49, 35, 50], cette haute prévalence des symptômes dépressifs peut être due à plusieurs facteurs essentiellement la détresse psychologique engendrée par l'annonce de la séropositivité, en faveur de cette hypothèse, Lyketsos et al ont constaté que la dépression et les problèmes d'adaptation expliquent également la morbidité psychiatrique parmi les patients atteints du VIH nouvellement diagnostiqués dans une clinique médicale d'HIV [51]. A l'opposé, d'autres études ont montré une faible augmentation de la détresse psychologique suite à l'annonce de la séropositivité, suggérant que les réactions d'adaptation ne jouent pas un rôle important dans la morbidité psychiatrique chez les patients atteints du VIH [52,53]. Beaucoup plus, Savetsky et al. ont rapporté que 71% d'une cohorte urbaine ont présenté des symptômes dépressifs 840 jours après le diagnostic, ce qui est au delà du temps nécessaire pour l'adaptation du patient à sa séropositivité [54].

Une autre période à risque correspond à l'apparition des premières manifestations somatiques, Atinkson et al ont comparé un groupe de séropositifs avec un groupe de séronégatifs, la prévalence de la dépression majeure n'était pas significativement différente [55], sur le même échantillon et durant 2ans de suivi, les participants qui ont présenté des manifestations somatiques étaient plus susceptibles de développer une dépression que les patients séropositifs asymptomatiques ou les patients séronégatifs, en outre l'antécédent de dépression augmente le risque de présenter une dépression suite au diagnostic du VIH.

D'autres auteurs ont conclu suite à leurs travaux que ce n'est pas l'infection en elle-même mais le fait de devenir symptomatique qui augmente le risque de dépression et que l'antécédent de dépression avant la maladie est un facteur de risque majeur de développer une dépression post atteinte par le VIH. [56]

L'initiation d'un traitement antirétroviral pour le VIH ou par interféron α lors du traitement d'une co-infection par le virus de l'hépatite C est également une période à risque. [47]

Dans la majorité des cas, il s'agit de dépression réactionnelle avec manifestation anxieuse. Cette réaction peut être déclenchée par des éléments divers tels que :

- le mode de notification, les questions qui surgissent à l'annonce de la séropositivité voire l'impact éventuel d'un sentiment de culpabilité
- la progression dans l'infection par le VIH
- la fragilité psychologique préexistante avec d'éventuels antécédents psychiatriques
- le contexte psychosocial avec éventuellement la dégradation de la qualité de vie, le deuil des ambitions professionnelles, l'isolement affectif, la perte ou le suicide des proches, les réactions de l'entourage, la stigmatisation, le manque de support social, le statut socio-économique. [15, 46, 47]

Les dépressions névrotiques avec manifestation phobique telles les phobies d'impulsion sont plus rares que les dépressions psychotiques. Celles-ci réalisent des tableaux dépressifs d'intensité variable, précédant les troubles confusionnels caractéristiques d'une atteinte cérébrale organique [47].

Le syndrome dépressif peut coexister avec un début de démence. Quelques éléments, outre les tests neuropsychologiques peuvent aider au diagnostic : l'histoire du sujet, l'existence d'éléments déclenchant, la réponse aux traitements antidépresseurs.

Les facteurs de risque de dépression au cours de l'infection sont les suivants [44] : le stade de la maladie, le sexe, l'usage de drogues par voie intraveineuse et les

antécédents de dépression ou de psycho traumatisme. Par ailleurs, au cours de l'infection, la dépression favorise les conduites à risque dont l'injection intraveineuse de drogues [57] et augmente le risque de décès quelle qu'en soit la cause [58]. En outre, la dépression a une incidence négative sur la qualité de vie et le respect des consignes du traitement antirétroviral. De plus, l'influence négative de la dépression sur l'immunité et sur l'évolution d'une maladie chronique est clairement établie, aggravant un peu plus l'impact pronostique. [47]

Ainsi, le repérage précoce et le traitement des troubles dépressifs sont des enjeux majeurs de la prise en charge des patients séropositifs au VIH. [47]

2- Les troubles anxieux :

a- Epidémiologie :

L'anxiété est l'un des troubles psychiatriques les plus couramment rencontrés chez les personnes vivant avec le VIH [59, 60, 61]. Elle est plus fréquente chez les séropositifs que dans la population générale : Le taux de prévalence des troubles anxieux chez les personnes infectées par le VIH a été estimé à 38 % [59, 62, 63] par rapport à 11,08 % dans la population générale [64].

La prévalence du syndrome de stress post traumatique chez les personnes infectées par le VIH semble être encore plus élevée, avec des taux allant de 22% à 54 % [61, 65, 66].

Les taux rapportés des symptômes d'anxiété chez les personnes infectées par le VIH qui ne répondent pas nécessairement aux critères d'un trouble anxieux sont également frappants, 44 % des 1886 participants qui ont déclaré être atteints du VIH dans une étude internationale réalisée par l'International Nursing Network for HIV Research ont indiqué qu'ils avaient connu des symptômes d'anxiété [67].

Les troubles anxieux sont plus importants parmi les groupes avec les taux les plus élevés de prévalence du VIH, y compris les femmes de couleur et les homosexuels [61, 68].

b- Particularités cliniques :

L'anxiété, comme la dépression, est une émotion normale que les cliniciens doivent distinguer de l'anxiété pathologique où la durée et l'intensité de l'anxiété sont exagérées par rapport à une situation donnée. En outre, il y a un retentissement sur la vie sociale, professionnelle, et fonctionnelle.

Les troubles anxieux selon la classification psychiatrique du DSM-IV comprennent les troubles suivants: le trouble panique sans agoraphobie, trouble panique avec agoraphobie, agoraphobie sans antécédent de trouble panique, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique, état de stress aigu, anxiété généralisée, trouble anxieux dû à une affection médicale générale, trouble anxieux induit par une substance, trouble anxieux non spécifié [69].

L'anxiété peut se développer pour de nombreuses raisons, y compris un faible soutien social et familial, la récurrence des symptômes physiques de la maladie, ou la Stigmatisation liée au VIH [70, 71]. L'exposition à un traumatisme ou à un abus peut également entraîner le développement des symptômes de l'anxiété [60,61]. Les symptômes d'anxiété peuvent varier en gravité allant d'un simple sentiment de malaise à des symptômes aigus et invalidants qui répondent aux critères de l'American Psychiatric Association définissant un trouble anxieux [72], qui incluent le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

L'anxiété peut se traduire par des manifestations somatiques notamment des palpitations, sueurs, tremblements, sensation d'essoufflement, douleur thoracique ou

inconfort, nausées ou douleurs abdominales, vertiges, bouffées de chaleur, étourdissements, tensions musculaires, hyperventilation, troubles du sommeil, fatigue, mais également des symptômes psychologiques y compris la peur, les troubles de la concentration et de la mémoire, ruminations, ou l'évitement des situations qui créent l'anxiété [73].

L'anxiété est le plus souvent associée à d'autres troubles de l'humeur en particulier la dépression [61, 62]. Dans un échantillon de patients infectés par le VIH souffrant d'un état de stress post traumatique 36,5 % présentent également une dépression [74]. Quand les symptômes d'anxiété deviennent sévères, le risque de suicide augmente notamment lorsque le patient est confronté à des situations stressantes, même si l'anxiété n'est pas associée à une dépression [75].

Il peut être difficile de distinguer entre les symptômes de dépression et d'anxiété, les deux troubles peuvent partager des symptômes tels que l'irritabilité, l'agitation, les ruminations de culpabilité [76]. Les deux troubles peuvent être traités par les mêmes molécules, en effet les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les médicaments les plus prescrits pour la dépression et l'anxiété. Toutefois, des doses plus élevées peuvent être nécessaire pour traiter efficacement les troubles anxieux [75].

Des périodes prolongées de grande anxiété ont été rapportés comme ayant des effets physiologiques nocifs. Les recherches actuelles démontrent que les facteurs psychologiques, notamment l'anxiété, peuvent affecter la progression de l'infection par le VIH [77]. Par exemple, Evans et al. [78] ont constaté que l'aggravation des symptômes d'anxiété était associée à des taux élevés de lymphocytes T CD4 activés et une charge virale plus élevée. Dans une étude incluant 188 personnes qui ont été traités par des antirétroviraux avec succès dans une clinique à Londres, en Angleterre, Lampe et al. [79] ont constaté que les symptômes psychologiques étaient fortement

prédictifs d'un rebond viral. Dans cette étude, les personnes souffrant d'anxiété ont connu un risque quatre fois plus élevé de charge virale augmentée.

En plus des changements dans la charge virale, une augmentation chronique des voies sympathiques chez les patients vivant avec le VIH peut affecter le système immunitaire, entraînant une diminution rapide de la numération cellulaire des lymphocytes T CD4. Cependant, On sait peu, sur les mécanismes biologiques spécifiques qui peuvent être responsable de cet effet sur l'infection par le VIH [77, 78].

En plus des effets physiologiques néfastes, les recherches suggèrent que les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux peuvent influencer sur l'observance thérapeutique, l'utilisation de soins de santé et la qualité de vie. Un nombre croissant d'études a identifié des associations entre l'anxiété et l'observance des traitements antirétroviraux [63, 80, 81].

En faisant une revue de la littérature, Nel et Kagel [82] ont constaté que les troubles anxieux étaient déterminants de l'observance thérapeutique et que la gravité des symptômes anxieux était inversement liée à l'observance au traitement antirétroviral. En plus de l'observance au traitement antirétroviral, des associations ont été trouvées entre les troubles anxieux et l'utilisation des soins de santé [61, 68]. O'Cleirigh et al. [68] ont trouvé que la gravité des symptômes du syndrome de stress post traumatique dans un échantillon de 523 homosexuels recrutés par un établissement de soins primaires était significativement liée à une utilisation accrue des soins de santé. L'anxiété a également été associée à une diminution de la qualité de vie. Dans une étude à grande échelle de 2864 résidents urbains et ruraux recevant des soins médicaux dans le contiguous United States, Sherbourne et al. [83] ont constaté que les patients vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir un trouble anxieux

ont des scores significativement plus faibles en matière de qualité de vie par rapport à ceux ne souffrant pas de symptômes d'anxiété.

3- le suicide :

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. [84] Ce chiffre était vraisemblable devant le pronostic tragique et l'ampleur de l'épidémie dans le milieu homosexuel où elle se déroulait.

L'amélioration du pronostic, de la prise en charge a entraîné une baisse de la prévalence : elle serait passée de 40 % à 16 %. [85]

Dans une étude menée dans quatre villes américaines (San Francisco, Los Angeles, Milwaukee, et New York), entre Juillet 2000 et Janvier 2002, 2909 personnes séropositives ont été examinées, Environ un cinquième (soit 19%) des participants ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires la semaine précédant l'enquête. [86]

Badiee et al. [17] ont rapporté dans leur étude qui s'est déroulée entre 2003 et 2007 que 26% (405/1560) des participants ont déclaré avoir des idées suicidaires et 13% (204/1560) ont commis des tentatives de suicide, Les participants qui ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires ou avoir commis une tentative de suicide, avaient des scores plus élevés sur le BDI-II, et des taux plus élevés de trouble dépressif majeur .

Sherr et al. ont rapporté une prévalence d'idéation suicidaire de 31% chez 1006 patients infectés par le VIH recrutés dans 5 cliniques d'HIV dans le Royaume-Uni (Londres) [87]. Dans une cohorte VIH + beaucoup plus petite, comportant 246 patients infectés par le VIH, Robertson et al. ont rapporté une prévalence des idées suicidaires de 56 %, les tentatives de suicide étaient relativement fréquentes avec une prévalence de 25 %, le suicide réussi n'était pas fréquent, un seul sujet avait réussi un suicide, et un autre mort a été considérée comme un possible suicide. [88]

Une étude a été menée en 2003 pour déterminer la prévalence et les caractéristiques des tentatives de suicide chez 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. [89]

Kinyanda et al. [90] ont mené un travail en Uganda, La prévalence de la suicidalité (la suicidalité est un terme qui inclut pensées suicidaires, idéations, plans, tentatives de suicide et suicide accompli) 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. Les sous-populations à risque pour le VIH à l'ouest (les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les utilisateurs de drogues injectables) ont un risque accru de tendances suicidaires indépendant de leur statut sérologique pour le VIH, ce qui contraste avec le faible risque suicidaire chez la population générale mariée de manière hétérosexuelle qui constituent aujourd'hui la plus grande catégorie à risque pour les nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne. [91].

Des études ont été faites pour évaluer la prévalence du suicide accompli [92], Krentz et al. [93] ont rapporté que 7% des 75 décès non liés au SIDA étaient dus au suicide, Lifson et al. [94] ont fait une étude qui comprenait 11,593 personnes infectées par le VIH, 453 personnes sont décédées, 5% des décès était à cause d'un suicide, Lewden et al. [95] ont trouvé une prévalence de suicide de 3.9% en 2000 et de 4.8% en 2005.

Cependant, certaines populations, en particulier les toxicomanes, présentent des troubles psychiques qui augmentent considérablement les conduites à risque, et

les tentatives de suicide. Dans un certain nombre d'études, overdose et tentatives de suicide sont regroupées :

Dans un travail italien portant sur des personnes toxicomanes dont un quart étaient infectées par le VIH, un cinquième co-infectées VIH-VHC, on ne retrouve pas de différence de prévalence entre les séronégatifs et les deux autres groupes. Mais les taux sont élevés de 9,3 à 19,6% de risque suicidaire suivant les groupes. [96]

L'âge, l'orientation sexuelle semblent des cofacteurs aggravants : dans une étude suisse, 22,7 % des personnes homosexuelles ou bisexuelles avait essayé au moins une fois de se suicider, mais l'infection par le VIH n'était pas un facteur aggravant. [15] Dans une autre, concernant des séropositifs de plus de 45 ans, 26 % avait pensé à se tuer la semaine précédant l'enquête. [97]

Classiquement, le risque de tentatives de suicide est plus élevé chez les femmes, souvent dans une situation de plus grande vulnérabilité et précarité. Une enquête rapporte que parmi 230 femmes new-yorkaises suivies pour le VIH, plus du quart d'entre elles avaient un antécédent de tentative de suicide avant même de connaître leur statut sérologique, et 19 % d'entre elles avaient refait une tentative après avoir appris leur séropositivité. [15]

Parmi les causes de décès, dans une étude sur des femmes séropositives, on retrouve 6,2 % de mort par overdoses, meurtre, accident ou suicide. [98]

De même que l'on rapporte, dans une étude sur les causes de décès à San Francisco, une plus grande proportion de personnes séropositives mortes par suicide ou overdose que parmi les séronégatifs. [99]

Dans l'étude chinoise étudiant dépression et occurrence du suicide 75 % des patients pensaient beaucoup à la mort et 57 % avaient des pensées suicidaires. [100]

Plus généralement, il est classiquement 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 chronique, incurable et douloureuse... telle l'infection par le VIH. En dehors de la présence de troubles psychiatriques caractérisés (dépression, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité...), 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 et familiaux de tentative de suicide. À ces facteurs intrinsèques, il convient d'ajouter l'isolement socio affectif, les difficultés financières, la perte d'un emploi ou d'un proche suite à l'infection. Le dépistage est simple, peut être réalisé à l'aide d'outils d'évaluation standardisés et doit être le plus systématique possible. Son évaluation consiste en l'analyse du risque suicidaire (fréquence et intensité des pensées suicidaires, désir de mourir), de son urgence (dangerosité vécue par le patient, capacité de passer à l'acte) et des modalités éventuelles de sa réalisation (intoxication médicamenteuse volontaire, pendaison, armes à feu...). [47]

4- les troubles psychotiques :

Les troubles psychotiques peuvent précéder l'infection à VIH. Les patients atteints de schizophrénie ont un risque accru d'être infectés par le VIH en raison du faible contrôle des impulsions, de l'altération du jugement, de la toxicomanie et des comportements sexuels à haut risque. [101, 102] Bien que l'activité sexuelle a tendance à être moins fréquente chez les patients atteints de schizophrénie, ceux qui sont sexuellement actifs sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements à haut risque. [103, 104, 105]

Outre les cas de psychoses précédant la contamination, nombre d'hypothèses ont été avancées pour expliquer ou modéliser la pathogenèse possible de symptômes psychotiques apparaissant de novo chez des patients séropositifs (connus ou non), en l'absence de cause iatrogène ou toxique. C'est une complication certes peu fréquente, mais bien décrite dans la littérature internationale [102, 106]. En dehors

des cas rapportés de formes secondaires à des infections opportunistes [47], 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 [47]. À ce jour, aucune des hypothèses avancées n'explique à elle seule l'ensemble de la pathogenèse de ces troubles, qui est probablement multifactorielle et pour laquelle il ne faut pas méconnaître l'impact des facteurs psychologiques et sociaux [107].

a- Définitions et concepts :

Un trouble psychotique peut être défini empiriquement comme « une altération profonde des rapports du sujet avec soi-même et avec le monde qui l'entoure (ou la réalité extérieure) massive et spécifique, avec méconnaissance du caractère pathologique des troubles ». Traditionnellement, une distinction est établie entre les troubles aigus et chroniques d'une part et les troubles organiques et fonctionnels d'autre part. Les troubles chroniques se subdivisent d'une part en schizophrénie et psychoses chroniques systématisées quand le trouble psychotique porte sur les idées, les images, les pensées et les processus mentaux et d'autre part en troubles bipolaires quand le trouble affecte l'humeur.

Les troubles psychotiques peuvent également être classés en troubles primaires (par exemple, schizophrénie, trouble schizo-affectif) ou secondaire (par exemple, psychose causée par une maladie comme le VIH infection) selon la classification DSM-IV. Classiquement, un trouble psychotique associe un aspect « négatif » (perte des facultés du sujet, versant déficitaire) et un aspect « positif » (délire, hallucinations, versant productif). [101]

b- Epidémiologie :

La prévalence des troubles psychotiques chez les patients infectés par le VIH varie selon les études de 0,5 à 15 % [107], avec la plus forte incidence rapportée chez

les patients à des stades avancés de la maladie VIH et avec une démence liée au VIH [103, 108], Ce qui suggère que la psychose peut être un effet direct de l'Infection par le VIH sur le système nerveux central, 15 % des 46 patients avec une démence liée au VIH ont signalé des symptômes psychotiques dans une étude ancienne [101]. Ces données ont été soutenues par une autre étude, dans laquelle les patients avec psychose ont montré une plus grande déficience neurocognitive par rapport aux patients VIH positifs sans psychose. [101] Dans les pays riches, il est probable que l'avènement des multithérapies antirétrovirales puissantes ait modifié les tableaux cliniques rapportés auparavant [15, 47]. Leur effet protecteur vis-à-vis de l'apparition de troubles psychotiques de novo au cours de l'infection par le VIH a été souligné par différents auteurs [108, 109]. Les facteurs de risque concernant ces derniers ont été mis en évidence ; il s'agit des antécédents de troubles de l'humeur, des antécédents d'usage de substances psychoactives (psychoanaleptiques, psycholeptiques...), de l'absence de traitement antirétroviral, et de la présence de troubles cognitifs mineurs (ainsi qu'a fortiori d'une démence liée au VIH constituée) [102, 108, 110].

c- Particularités cliniques :

Chez un patient séropositif, devant l'apparition d'hallucinations, d'idées délirantes, en particulier accompagnées d'un état confusionnel, la question d'une étiologie organique se pose. La ponction lombaire, l'IRM et le scanner s'imposent. Une atteinte du système nerveux central ou un effet indésirable des médicaments peuvent être à l'origine de ces symptômes. [108 ,110, 111, 112]

Généralement, l'apparition de novo de symptômes psychotiques survient à un stade avancé de la maladie, souvent 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 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 [102, 113]. La question du pronostic de ces troubles n'a été étudiée qu'avant l'avènement des multithérapies : une surmortalité, par rapport à des patients séropositifs appariés mais sans symptômes psychotiques, était alors constatée [47, 108]. Le pronostic actuel de tels troubles serait bien plus favorable, mais aucune étude plus récente n'a été réalisée.

Quelques formes cliniques particulières méritent d'être individualisées au sein de ces troubles psychotiques apparaissant dans le contexte de l'infection par le VIH.

Cliniquement d'abord, on distinguera les épisodes thymiques, dépressifs ou maniaques, majeurs qui peuvent s'accompagner de symptômes psychotiques et pour lesquels la conduite à tenir sur le plan du traitement psychotrope est plus spécifiquement orientée vers les médicaments des troubles de l'humeur. Une deuxième forme clinique, rapportée à plusieurs reprises dans la littérature internationale [107, 114], est celle de la survenue d'un syndrome catatonique. Une réponse clinique rapide et complète au lorazépam à faible posologie, après arrêt de l'éventuel traitement neuroleptique (facteur étiologique confondant pour la catatonie), constitue un véritable test diagnostique, cette réponse étant observée dans la grande majorité des cas décrits.

Sur le plan étiologique cette fois, on peut mettre en exergue l'existence de formes iatrogènes qui surviennent lors d'un traitement prescrit dans le cadre de l'infection par le VIH. Suspectées lorsqu'elles apparaissent au décours de l'initiation d'un nouveau traitement, elles disparaissent généralement aussi rapidement à l'arrêt de ce dernier. Elles peuvent être secondaires au traitement antirétroviral lui-même, notamment avec les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse que

sont la névirapine (Viramune®) et surtout l'éfavirenz (Sustiva®) qui ont été incriminés dans la survenue d'épisodes psychotiques aigus [15, 47]. En plus d'épisodes psychotiques aigus hallucinatoires, des épisodes maniaques ou dépressifs avec symptômes psychotiques ont été décrits sous éfavirenz [15, 106, 115]. Ces effets indésirables seraient dose-dépendants et peuvent être favorisés par une éventuelle hypoalbuminémie (dénutrition...) en raison du fort taux de liaison protéique de cette molécule. La sévérité et le caractère aigu des troubles rendent le plus souvent nécessaires un arrêt de cet antirétroviral, une prise en charge psychiatrique avec hospitalisation, et un traitement antipsychotique. Généralement, la disparition des symptômes est alors rapide, en quelques jours. La survenue non exceptionnelle de ces troubles nécessite une bonne information du patient et, en cas d'antécédent psychiatrique, la prescription de cet antirétroviral sera évitée. D'autres antirétroviraux pourraient générer des symptômes psychotiques (des hallucinations avec certains inhibiteurs de la protéase comme le saquinavir ou l'indinavir) [15], de même que d'autres spécialités médicamenteuses prescrites dans le cadre de l'infection par le VIH : l'interféron α lors d'une co-infection par le virus de l'hépatite C, le ganciclovir (Cymévan®) [106], l'isoniazide, les corticoïdes...

Le tableau 1 résume les principales orientations diagnostiques face à une présentation clinique d'allure psychotique nouvellement apparue au cours de l'infection à VIH. Devant l'éclosion de symptômes psychotiques, il convient d'éliminer prioritairement l'ensemble des affections neurologiques du système nerveux central potentiellement rencontrées au cours de l'infection par le VIH. Ce bilan diagnostique nécessite une étroite collaboration entre divers intervenants tels que le psychiatre, le médecin généraliste, le médecin spécialiste du VIH ou le neurologue, mais aussi le psychologue qui peut jouer un rôle précieux dans le cadre d'une évaluation neuropsychologique.

Tableau 1 : Orientations diagnostiques devant l'apparition de troubles d'allure psychotique au cours de l'infection par le VIH.

Hallucinations en rapport avec un onirisme (syndrome confuso-onirique)
Trouble psychotique induit par une substance (pendant ou dans les 4 semaines suivant une intoxication ou lors d'un sevrage à une substance) [amphétamines, LSD...], voire trouble psychotique iatrogène (éfavirenz...)
Trouble psychotique secondaire, dû à l'affection médicale générale que constitue l'infection à VIH en dehors ou dans le cadre d'une démence liée au VIH
Trouble de l'humeur secondaire (dépressif ou maniaque), dû à l'affection médicale générale que constitue l'infection à VIH en dehors ou dans le cadre d'une démence liée au VIH, avec symptômes psychotiques
Trouble psychotique primaire (schizophrénie, trouble schizoaffectif...)
Trouble de l'humeur primaire (dépressif ou maniaque) avec symptômes psychotiques.
Trouble psychotique bref en réaction au facteur de stress marqué que constitue l'infection à VIH annonce diagnostique, stade sida, instauration du traitement antirétroviral...)

5- Les états maniaques :

La manie est un état d'excitation psychique caractérisée par une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique, une accélération psychique avec fuite des idées, une surexcitation intellectuelle, une agitation motrice et une exacerbation des pulsions [116].

La manie n'est pas rare chez les personnes atteintes du VIH / sida, en particulier avec la progression de l'infection à VIH. Le comportement hypomaniaque ou maniaque, y compris une hypersexualité non protégée et l'usage de drogues, est un facteur de risque supplémentaire pour contracter et de transmettre le VIH. [103] Chez un patient atteint du VIH / SIDA la manie peut se produire dans le cadre d'un trouble bipolaire coexistant, ou bien être secondaire à des effets de l'infection à VIH sur le

système nerveux central, ou bien induite par les traitements antirétroviraux. [117] Parmi ceux-ci, la neurotoxicité du VIH est supposée être le facteur le plus important dans la pathogenèse de la manie secondaire chez les personnes séropositives. [101, 117, 118]

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 [119]. 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 des Anglo-Saxons). Cliniquement, l'euphorie expansive laisse souvent place à une irritabilité et à des symptômes psychotiques variables dans leur symptomatologie. Le tableau clinique est volontiers intense et résistant, parfois atténué par le ralentissement psychomoteur classique de la démence liée au VIH dont le tableau clinique habituel peut succéder à l'épisode maniaque. Le diagnostic pourra être confirmé à l'aide d'un interrogatoire systématique de l'entourage. La prise en charge devra être réalisée en milieu hospitalier à l'aide d'une collaboration étroite entre médecins infectiologues, neurologues et psychiatres. Les rares études qui comprennent des petits échantillons estiment la prévalence de la manie secondaire comprise entre 1,2% pour les patients VIH+ et 4,3% pour les patients en stade évolutif de sida [120]. Dans une étude [101], Les patients atteints de manie secondaire (sans antécédents personnels ou familiaux de troubles de l'humeur) et du VIH étaient plus susceptibles de développer le stade évolutif SIDA, d'avoir un faible taux de CD4 et d'avoir une prévalence plus élevée de

démence par rapport aux patients VIH positifs atteints de manie primaire, ce qui suggère que la manie secondaire peut être un effet direct du VIH sur le système nerveux central. Les auteurs ont signalé que la prévalence de la manie sur 17 mois dans la population étudiée des patients VIH positifs était de 1,4%, et le taux chez les patients atteints du SIDA était de 8%. [101] Les patients avec une manie secondaire avaient plus de symptômes et étaient plus susceptibles de montrer une irritabilité, et moins susceptibles d'afficher une loquacité augmentée. [101] Les patients dans ces études étaient principalement des hommes. La preuve d'une association étiologique entre l'infection à VIH et la manie secondaire était indiquée dans une étude de patients VIH positifs avec et sans manie qui a démontré un effet protecteur de la zidovudine, un agent antirétroviral pénétrant le SNC. [101]

Dans une étude plus grande réalisée en Ouganda, 64 patients VIH négatifs souffrant d'une manie primaire ont été comparés à 61 patients atteints de manie secondaire associée au VIH. [117] Par rapport aux patients présentant une manie primaire, les patients atteints de manie secondaire avaient plus de symptômes maniaques, ils étaient plus irritables, plus agressifs, plus bavards, plus susceptibles d'avoir une diminution des besoins en sommeil, et avaient des taux plus élevés de symptômes psychotiques comme les délires paranoïdes (92 % contre 80 %), les hallucinations visuelles (93 % contre 16%) et les hallucinations auditives (67 % contre 16%) . En outre, ils avaient plus de troubles cognitifs (84 % contre 45% avec manie primaire), moins instruits, et plus susceptibles d'être de sexe féminin. Parmi les patients atteints de manie secondaire, seule la moitié étaient conscients de leur statut VIH avant leur hospitalisation psychiatrique. Chez plusieurs patients, la manie était le premier symptôme révélateur de l'infection par le VIH. La majorité des patients VIH positifs (90%) n'avaient pas de maladies liées au VIH autre que la manie, comme le sarcome de kaposi ou les infections opportunistes. [117]

La littérature reste encore parcellaire quant à la question de l'(hypo)manie médicamenteuse (induite par des traitements antidépresseurs). En effet, en dehors du risque bien connu pour les antidépresseurs tricycliques de faciliter un virage (hypo)maniaque dans la population générale, la littérature rapporte seulement quelques cas d'(hypo)manie médicamenteuse chez les patients VIH+. [120]

6- Les addictions :

La prévalence de l'usage de drogues chez les patients infectés par le VIH semble être élevée, rendant le diagnostic et le traitement approprié des troubles psychiatriques difficile. Les effets des substances peuvent mimer les symptômes de certains troubles psychiatriques. Tandis que les personnes souffrant de troubles anxieux peuvent consommer des drogues ou de l'alcool pour gérer les symptômes de l'anxiété, d'autres utilisateurs de drogues peuvent développer des troubles anxieux à la suite de leur consommation [61, 64]. Bing et al [59] ont analysé des données à partir du HCSUS (the HIV Cost and Services Utilization Study) pour déterminer la présence sur 12 mois de troubles psychiatriques, y compris les troubles anxieux et l'usage de drogues. Près de la moitié de la population du HCSUS présentait un trouble psychiatrique, tandis que 40 % ont déclaré avoir utilisé une drogue au cours des 12 mois précédents. Dans une enquête portant sur 2864 personnes infectées par le VIH, près de 40 % ont déclaré avoir utilisé des drogues durant les 11 mois précédents, et dans un autre échantillon 15 % ont déclaré avoir consommé au moins cinq verres d'alcool par occasion au cours du mois précédent [121]. Dans une autre étude, un échantillon de 148 patients atteints par le VIH a été sélectionné parmi un échantillon plus grand de 1125 patients, Pence et al [62] ont trouvé que 20 % répondaient aux critères du trouble anxieux, 19,6 % présentaient une toxicomanie, et 8 % avaient une toxicomanie surajoutée à une anxiété ou à un trouble de l'humeur. Les auteurs soulignent l'importance de l'accès aux soins de santé mentale pour les patients

infectés par le VIH afin d'améliorer les résultats cliniques et réduire la transmission du VIH. Une étude récente reflète les taux élevés d'anxiété chez les sans abri utilisant la méthamphétamine qui ont des comportements sexuels à risque ou cherchent des partenaires sexuels dans des lieux à risque [70, 122]. Selon les recommandations publiés par le New York State Department of Health AIDS Institute [76], les patients vivant avec le VIH qui consomment l'alcool ou autres substances devraient subir un examen psychiatrique à l'admission et au moins tous les quatre mois par la suite, si le patient est trop dépendant .

7- les troubles cognitifs

Il convient de distinguer la démence du sida des troubles neurocognitifs modérés liés au sida [72, 118]. Le diagnostic de déficit cognitivomoteur mineur associé au VIH repose sur la présence depuis un mois ou plus d'anomalies acquises, vérifiées par des tests neurologiques et neuropsychologiques appropriés, dans au moins deux des domaines cognitifs suivants : attention/concentration, rapidité de traitement de l'information (ralentissement mental), mémoire (trouble du rappel), fonctions exécutives (abstraction/raisonnement), langage (diminution de la fluence verbale), performance motrice (ralentissement moteur, troubles de la coordination), régulation comportementale (changement du comportement social, détérioration du contrôle émotionnel). Malgré la présence de ces troubles cognitifs modérés, les patients restent capables de réaliser la plupart des activités quotidiennes usuelles (y compris dans la vie professionnelle et les activités sociales). Seules les activités les plus complexes comme maintenir leur niveau de performance antérieur, se souvenir d'un rendez-vous ou de la prise d'un traitement peuvent être perturbées de façon occasionnelle. [118]

Dans l'histoire naturelle de l'infection par le VIH, le système nerveux central est précocement envahi. Il est désormais admis que des troubles cognitifs modérés

peuvent être observés à tous les stades de l'infection par le VIH même s'il est vraisemblable qu'aux stades précoces leur origine est plus probablement multifactorielle qu'en lien direct avec le virus [118]. Les difficultés de concentration et de fonctionnement de la mémoire sont les plus fréquentes parmi les plaintes cognitives subjectives recueillies chez les sujets infectés par le VIH [123].

Les prévalences rapportées dans la littérature se situent entre 8,6 et 37,4 % [123, 124, 125]. Quelques études font état d'une amélioration des troubles neurocognitifs sous multi-thérapie antirétrovirale [118, 126]. Selon une étude, les multithérapies auraient un effet protecteur vis-à-vis de l'apparition de ces troubles chez les patients au stade sida [127].

8- les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil consistent soit en une insuffisance de sommeil (insomnie), soit en un excès de sommeil (hypersomnie), soit encore en des anomalies comportementales durant le sommeil (parasomnies). Les insomnies sont les plus fréquentes, qu'il s'agisse de difficultés d'endormissement et/ou de réveils nocturnes ou précoces. L'insomnie typique se définit par une augmentation du temps de l'endormissement de plus de 30 minutes ou par une durée totale du sommeil de moins de six heures, cela au moins trois fois par semaine et pendant au moins un mois. L'insomnie s'accompagne souvent de troubles diurnes de la vigilance, de l'humeur et de la mémoire, avec l'impression d'un sommeil non réparateur et d'une fatigue excessive. [118]

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.

Mais elle peut aussi bien être secondaire à l'infection elle-même ou à ses complications somatiques, de même que procéder d'une origine iatrogène qui n'est pas exceptionnelle [47]: Chez les patients infectés par le VIH, il convient de noter que certains médicaments utilisés pour le traitement de l'infection par le VIH peuvent induire des troubles du sommeil de type insomnie. Citons notamment le cotrimoxazol, l'aciclovir, la zidovudine, la didanosine et l'abacavir [16, 118]. Sous éfavirenz, les données de la littérature mentionnent une prévalence des troubles du sommeil se situant entre 7 et 35 % au cours du premier mois de traitement [111, 124]. Selon les études, la fréquence de ces troubles tend à diminuer significativement [111] ou à rester similaire [124] avec la poursuite du traitement. Chez les patients sous éfavirenz, sont également rapportés des cauchemars et/ou des rêves anormaux. Ils concernent aux alentours de 20 % des patients dans les différentes études au début du traitement, la prévalence diminuant ensuite au fur et à mesure du temps [111, 124, 128]. Une de ses conséquences notables de l'insomnie est d'aggraver un possible état d'affaiblissement physique (asthénie) et cognitif (hypoprosexie...) déjà existant. Les études réalisées sur le sommeil des patients séropositifs pour le VIH ont mis en évidence, en plus de perturbations structurales, une diminution de la durée totale de sommeil, un allongement de la latence d'endormissement ainsi qu'une plus grande fréquence des réveils nocturnes [107]. Quant aux hypersomnies, elles rappellent surtout les descriptions anciennes de troubles initialement proposés comme caractéristiques de l'infection par le VIH (AIDS lethargy disorder...) habituellement associés aux stades avancés de l'infection [107].

B- les facteurs de risque

1- L'homosexualité :

Carrico et al [86] ont constaté dans leur étude que les homosexuels, les lesbiennes et les bisexuels étaient à risque élevé d'avoir des idées suicidaires ce qui pouvait s'expliquer en partie par le degré important de stigmatisation, de discrimination et de violence physique dont sont victimes cette population [129, 130, 131], à l'opposé, M. Nacher et al. [27] ont rapporté dans leur étude que les homosexuels n'avaient pas une incidence élevée de dépression.

2- Les facteurs de risque socio démographiques :

a- Le statut marital :

Selon l'étude de Carrico et al [86] les individus qui étaient en couple étaient moins susceptibles de déclarer des idées suicidaires en raison du soutien social de la part du partenaire [132, 133].

Song JY, et al. [28] n'ont pas trouvé de relation significative entre le statut marital et la survenue de dépression.

b- Le sexe :

Certaines études ont suggéré que les femmes atteintes du VIH sont plus vulnérables aux troubles psychiatriques que les hommes. D'autres n'ont pas trouvé que le sexe était un facteur de risque :

Carrico et al. [86] n'ont trouvé aucune différence dans la survenue d'idées suicidaires entre les 2 sexes dans leur étude. Selon Kinyanda et al. [90] le sexe féminin confère un risque 3 fois plus élevé de suicidalité par rapport au sexe masculin, cette prédominance féminine a été observée dans d'autres études notamment en Afrique du Sud [134] et en France [89], mais n'a pas été observé dans d'autres études [87].

M. Nacher et al [27] ont trouvé dans leur étude que le sexe féminin était un facteur de risque pour la dépression et l'anxiété, Elenga et al. [26] ont constaté que la dépression était plus fréquente chez les femmes de leur étude.

c- Le chômage et le faible revenu :

Selon Song JY, et al. [28] le chômage est un facteur de risque pour la dépression, dans la littérature d'autres auteurs ont montré que le chômage est associé avec des prévalences élevées de troubles psychiatriques au cours du VIH [135] alors que la présence d'une activité professionnelle était associée avec une meilleure santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH [136].

Silveira et al. [137] ont constaté que la présence des symptômes dépressifs était associée avec le faible revenu.

3- Les facteurs de risque cliniques :

a- Les comorbidités :

Une étude a montré que la présence de comorbidités tel le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires peuvent constituer un facteur de risque pour la dépression [28].

b- Le stade avancé de la maladie et le degré d'immunodéficience:

Selon Carrico et al [86] les patients qui avaient des symptômes sévères du VIH étaient plus susceptibles de reporter des idées suicidaires.

M. Nacher et al. [27] ont observé que la prévalence de la dépression est élevée chez les patients avec une immunodéficience sévère.

Elenga et al. [26] ont observé dans leur étude que les patients ayant un stade CDC avancé avaient un risque plus élevé de dépression, par contre le taux des CD4 n'étaient pas associé à la dépression.

Song JY, et al. [28] ont rapporté dans leur étude que le taux des CD4 et le nombre de copies d'ARN ne sont pas associés à la dépression.

Dans la méta-analyse de Ciesla et al. [44] la dépression ne semble pas être corrélée avec le stade de la maladie.

c- Les effets secondaires des antirétroviraux :

Les cliniciens devraient faire attention aux symptômes psychiatriques chez les patients initiant un traitement antirétroviral, car plusieurs études ont montré une association entre les effets secondaires du traitement et les troubles psychiatriques [26, 138].

Selon Carrico et al [86] les patients chez qui les antirétroviraux avaient des effets secondaires sévères étaient plus susceptibles de reporter des idées suicidaires, ce souligne l'importance de la mauvaise qualité de vie en tant que facteur déterminant de l'idéation suicidaire chez les patients infectés par le VIH.

L'Éfavirenz est un médicament qui a été associé avec un grand nombre d'effets secondaires neuropsychologiques et troubles de l'humeur [139, 140], Lochet et al. [124] ont constaté que les effets indésirables neuropsychiatriques associés à l'éfavirenz se produisent principalement au cours du premier mois de traitement et persistent souvent par la suite. Gutierrez et al. [141] ont étudié les facteurs prédictifs des effets indésirables neuropsychiatriques associés à l'EFV et ont constaté que le seul facteur de risque associé à la toxicité du système central nerveux, après ajustement avec le poids et la co-infection avec le virus de l'hépatite C, était la concentration plasmatique de l'EFV. Concernant les symptômes dépressifs quelques auteurs n'ont pas trouvé une association [140, 142], tandis que d'autres ont trouvé une prévalence élevée de dépression associée à l'utilisation de l'EFV. [124, 143] Dans l'étude réalisée par M. Nacher et al. [27] L'éfavirenz n'a pas été associé avec une incidence élevée de dépression, mais était significativement associée à une anxiété généralisée. Dans l'étude de Silveira et al. [137], plus de la moitié des patients étudiés suivaient un schéma thérapeutique contenant de l'EFV. Aucune association avec des symptômes

dépressifs n'a été trouvée, même si une réduction du risque relatif statistiquement non significative de 28% pour les symptômes dépressifs chez les patients n'utilisant pas l'EFV a été identifiée.

4- Alcoolisme et toxicomanie :

Dans l'étude de Carrico et al [86] l'utilisation régulière de marijuana était associée à la survenue d'idées suicidaires, les personnes séropositives peuvent consommer de la marijuana pour gérer les troubles de l'humeur, améliorer l'appétit, et diminuer les nausées [144, 145]. Une autre étude a montré que la dépendance au cannabis était associée à un risque accru d'un trouble dépressif majeur [146], la consommation de marijuana ou d'autres substances par les personnes infectées par le VIH est un moyen pour eux de gérer également les symptômes invalidants de la maladie et les effets secondaires importants des traitements antirétroviraux.

M. Nacher et al. [27] ont rapporté dans leur étude faite en Guyane Française que l'addiction aux drogues ne représentait pas un facteur de risque pour la dépression, ceci pouvait être expliqué par l'utilisation très rare de drogues intraveineuses en Guyane française.

5- L'origine ethnique noire :

Badiee et al. [17] et Sherr et al. [87] ont constaté dans leurs études que l'origine ethnique noire était associée de façon significative à un comportement suicidaire chez les patients infectés par le VIH. Cette constatation peut indiquer que la stigmatisation et la honte associées à l'infection par le VIH augmente le risque de troubles de l'humeur dans cette population.

6- Les facteurs de risque sociaux :

a- Les événements négatifs de la vie :

Kinyanda et al [90] ont trouvé dans leur étude qu'un nombre croissant d'événements négatifs de la vie et le stress qui leur est associé sont en relation avec un risque accru de suicidalité.

D'autres études ont rapporté que les événements de vie négatifs suivants sont en corrélation avec les tendances suicidaires au cours du VIH / SIDA : la violence physique et sexuelle, de multiples pertes liées au VIH, la perte de l'emploi ou de la couverture assurance, les difficultés financières, et les problèmes relationnels avec le partenaire [87, 89, 147].

b- L'insécurité alimentaire :

L'insécurité alimentaire a été corrélée avec le trouble dépressif majeur [148], mais également avec un risque accru de suicidalité [90] chez les patients infectés par le VIH dans les pays pauvres.

7- Les facteurs de risque psychologiques :

a- Niveau élevé de stress :

Dans l'étude de Carrico et al. [86] les personnes ayant une confiance élevée en leurs capacités à faire face au stress étaient moins susceptibles de déclarer des idées suicidaires d'où l'intérêt des thérapies de gestion de stress chez les patients infectés par le VIH [149, 150]

b- Les antécédents psychiatriques et autres facteurs de risque psychologiques :

Bellini et Bruschi [151] dans une revue des études faites sur le VIH et la suicidalité ont souligné que les tentatives de suicide de produisent principalement chez des personnes avec des antécédents psychiatriques, ou ayant déjà commis une tentative de suicide ou dépendants aux drogues. Des études plus récentes ont

également rapporté une association entre suicidalité et détresse psychologique [87, 147] et suicidalité et trouble dépressif majeur [90, 152] chez les patients vivant avec le VIH.

D'autres facteurs de risque psychologiques ont été signalés dans l'étude de Kinyanda et al. [90] notamment un mauvais style d'adaptation et une déficience psychosociale. Des études antérieures ont rapporté qu'un style d'adaptation positif et un esprit combatif ont un effet protecteur contre les tendances suicidaires [147, 152].

Dans l'étude de M. Nacher et al. [27] les patients anxieux étaient plus susceptibles de développer une dépression, à l'opposé Elenga et al. [26] n'ont trouvé aucune relation entre l'anxiété et la dépression.

C- la prise en charge des troubles psychiatriques

La prise en charge doit être pluridimensionnelle, associant chimiothérapie et psychothérapie. Une enquête de l'OMS [153] montre que l'on retrouve la même inégalité d'accès aux soins en termes de traitement de la maladie mentale qu'en termes d'administration d'antirétroviraux. Dans les pays développés, 35,5 à 50,3 % des personnes souffrant de troubles d'intensité sévère n'ont pas accès aux soins et ce taux d'absence de soins s'élève jusqu'à 76,3 à 85,4 % dans les pays en voie de développement. De fait, quelques études épidémiologiques existent, mais la plupart des séropositifs des pays en voie de développement ne bénéficient, en termes de soins psychiatriques, que du soutien psychologique dispensé par les membres des associations de personnes atteintes. [15]

1- La prise en charge médicamenteuse

La principale difficulté dans le choix des psychotropes réside dans les interactions nombreuses entre ces médicaments et les traitements antirétroviraux,

particulièrement avec le ritonavir et dans une moindre mesure avec les inhibiteurs de protéases. [15] Ces interactions sont principalement liées à l'action de ces antiprotéases sur les enzymes du cytochrome P450.

Le choix du traitement chimiothérapeutique devra donc 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.

a- Les antidépresseurs :

Aucun antidépresseur n'a montré une efficacité supérieure chez les patients infectés par le VIH. [15] En cas de traitement antirétroviral, le choix de l'antidépresseur doit tenir compte des interactions possibles (Tableau 2) et en particulier de l'interaction avec le cytochrome P450. Une grande vigilance s'impose chez les patients traités par ritonavir en raison de la majoration des effets indésirables des antidépresseurs. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont, d'une manière générale, bien mieux tolérés que les tricycliques. En cas de traitement antirétroviral, il semble que la sertraline présente la meilleure tolérance (faible impact sur les enzymes du cytochrome P450). Le citalopram représente une alternative sûre. La fluoxétine et la paroxétine sont d'un usage plus délicat en raison de leurs effets indésirables nombreux et du risque rare d'apparition d'un syndrome sérotoninergique. [15]

Il est préconisé d'initier le traitement antidépresseur à faible dose, soit à la moitié de la dose de départ recommandée pour la population générale.

L'augmentation sera très progressive afin de maintenir la tolérance du médicament, mais les doses thérapeutiques et les doses d'entretien sont les mêmes que celles prescrites pour la population générale.

Les difficultés d'observance se posent de manière aiguë chez les patients qui ont déjà un traitement important avec des effets indésirables marqués. Une étude américaine rapporte que 40 à 50 % des patients ne prennent pas leur médicament assez longtemps pour percevoir une amélioration. [154] Un suivi et un soutien régulier, la prescription d'antidépresseurs ayant une bonne tolérance et une posologie qui ne vient pas trop alourdir un traitement déjà difficile à prendre, sont donc indispensables afin d'améliorer l'observance.

Tableau 2 : association antidépresseur-antirétroviral

Famille	Dénomination	Antirétroviraux		
		Prescription nécessitant des précautions d'emploi	Prescription déconseillée	Prescription contre-indiquée
Imipraminiques	Amitriptyline (Élavil [®] , Laroxyl [®])		Ritonavir, amprenavir	
	Clomipramine (Anafranil [®])	Ritonavir	Amprenavir	
	Désipramine (Pertofran [®])		Ritonavir, amprenavir	
	Doxépine (Quitaxon [®] , Sinequan [®])	Ritonavir	Amprenavir	
	Imipramine (Tofranil [®])		Ritonavir, amprenavir	
	Maprotiline (Ludimil [®])	Ritonavir	Amprenavir	
	Nortriptyline + fluphénazine		Ritonavir, amprenavir	
	Timipramine (Surmontil [®])	Ritonavir	Amprenavir	
Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine	Trazodone		Ritonavir	
	Fluoxétine (Prozac [®])		Ritonavir	
	Fluvoxamine (Floxyfral [®])		Ritonavir	
	Paroxétine (Deroxat [®])		Ritonavir	
IMAO sélectifs A	Sertraline (Zoloft [®])		Ritonavir	
	Moclobémide (Moclamine [®])	Ritonavir		
Autres	Miansérine (Athymil [®])	Zidovudine	Ritonavir, amprenavir	
	Bupropion (Zyban [®])		Nelfinavir	Ritonavir
Régulateurs de l'humeur	Carbamazépine (Tégrétol [®])		Ritonavir, névirapine, delavirdine, indinavir, nelfinavir	Saquinavir
	Lithium (Neurolithium [®] , Teralithe [®])	Zerit, zalcitabine		

IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase.

b- Les thymorégulateurs :

Lorsque la prescription d'un thymorégulateur est nécessaire, la carbamazépine peut être prescrite en première intention. Mais elle modifie les concentrations plasmatiques de beaucoup d'inhibiteurs des protéases (interaction avec le cytochrome P450). Elle peut donc être à l'origine de résistances au traitement antirétroviral. De

même le taux de carbamazépine peut devenir trop élevé en cas d'association avec une antiprotéase et un dosage régulier de la carbamazépinémie est impératif. [155]

Le lithium, bien toléré, pose des problèmes en cas d'insuffisance rénale ou de syndrome infectieux. [15]

Devant un épisode maniaque présumé secondaire au traitement antirétroviral, l'arrêt du produit est recommandé. L'hospitalisation du patient est en règle générale nécessaire pour compléter le bilan étiologique (notamment pour écarter une autre cause organique, toxique ou iatrogène), instaurer un traitement, et surtout prévenir les risques de complications personnelles et sociales (dépenses inconsidérées, prises de risque dans tous les domaines, désinhibition sociale, etc.). Un traitement par neuroleptiques et thymorégulateur est à envisager avec le psychiatre, notamment si l'état maniaque ne cède pas à l'arrêt du médicament en cause. Des mesures de protection des biens doivent être mises en œuvre. Si le patient avait déjà des antécédents de trouble thymique, un traitement préventif au long cours doit être instauré. [120]

c- Les anxiolytiques :

Des précautions doivent être prises lors de la prescription de benzodiazépines chez des patients traités par des inhibiteurs de protéase qui interagissent avec l'activité du cytochrome P450 3A (CYP3A) (Tableau 3). Les interactions métaboliques peuvent augmenter les concentrations sanguines de l'anxiolytique en prolongeant sa demi-vie et provoquer une somnolence accrue.

La prescription de ritonavir (Norvir® et Kalétra®) impose une vigilance particulière en raison des nombreuses contre-indications. La préférence sera donc donnée si nécessaire à des benzodiazépines n'interagissant pas ou peu avec le cytochrome P450. L'alprazolam est à éviter lorsque le traitement du patient comporte un inhibiteur de la protéase. [15]

Tableau 3 : association benzodiazépine antirétroviral

Famille	Dénomination	Antirétroviraux		
		Prescription nécessitant des précautions d'emploi	Prescription déconseillée	Prescription contre-indiquée
Benzodiazépines	Alprazolam (Xanax [®])	Saquinavir	Amprénavir Nelfinavir	Ritonavir, delavirdine, indinavir
	Clorzépatate (Tranxène [®])	Amprénavir	Saquinavir, indinavir, nelfinavir	Ritonavir
	Diazépam (Valium [®] , Novazam [®] , Diazépam [®])		Saquinavir, indinavir, nelfinavir	Ritonavir, amprénavir
	Lorazépam (Témesta [®])		Ritonavir	
	Oxazépam (Séresta [®])	Zidovudine	Ritonavir	
Prazépam (Lysanxia [®])	Ritonavir, amprénavir			

d- Les hypnotiques :

Les mêmes précautions d'emploi que pour les anxiolytiques sont à observer en raison des interactions métaboliques (Tableau 4). L'utilisation du triazolam est à proscrire. [15]

Tableau 4 : association hypnotique-antirétroviral

Famille	Dénomination	Antirétroviraux		
		Prescription nécessitant des précautions d'emploi	Prescription déconseillée	Prescription contre-indiquée
Benzodiazépines	Témazépam (Normison [®])		Ritonavir	
	Triazolam (Halcion [®])	Saquinavir		Indinavir, ritonavir, delavirdine, nelfinavir, névirapine, saquinavir, éfavirenz, amprénavir
Imidazopyridines	Estazolam (Nuctalon [®])	Amprénavir		Indinavir
Cyclopyrrolones	Zolpidem (Ivadal [®] , Stilnox [®])		Ritonavir	Ritonavir
Antihistaminiques H ₁	Clorzépatate + acépromazine (Noctran [®])	Amprénavir		Ritonavir

e- Les antipsychotiques :

La prise en charge des hallucinations et des bouffées délirantes s'inscrit dans une démarche à la fois diagnostique et thérapeutique et nécessite un avis psychiatrique. Dans un premier temps, il faut déterminer si le patient délire ou non. Cela peut être évident, mais pas toujours, notamment si le patient est réticent, voire mutique ou si son récit paraît réel (persécutions par exemple). Il faut ensuite chercher à savoir si le patient souffre ou pas. Le délire peut avoir tari en grande partie l'angoisse du patient qui, dans ce cas, souffre peu. À l'inverse, l'hallucination peut ne pas calmer

l'angoisse psychotique du patient qui demande généralement alors à être soulagé. Enfin, il faut déterminer le degré de dangerosité du patient, pour lui-même et/ou pour les autres [156].

Une hospitalisation rapide doit être proposée (imposée dans de rares cas), en milieu psychiatrique. La prise en charge thérapeutique associe une démarche de soutien psychologique spécifique et une chimiothérapie neuroleptique [156]. Les traitements médicamenteux des états psychotiques sont les neuroleptiques (ou antipsychotiques), dont il existe différentes familles avec des effets thérapeutiques et des profils de tolérance différents. Il est recommandé actuellement de prescrire en première intention les antipsychotiques dits « atypiques » afin d'optimiser la tolérance en réduisant les effets indésirables : olanzapine, risperidone ou amisulpride. Ces produits sont peu sédatifs en général et peuvent donc être associés initialement à des benzodiazépines (diazepam ou clorazepate dipotassique) ou à des neuroleptiques sédatifs (cyamépromazine ou levomépromazine) si l'angoisse et/ou l'agitation du patient le nécessite. Si les résultats sont insuffisants avec ces stratégies, le recours aux neuroleptiques plus classiques (haloperidol ou chlorpromazine par exemple), per os ou IM, doit être envisagé mais avec une surveillance attentive des effets indésirables : mouvements anormaux et autres effets neurologiques, syndrome malin, troubles tensionnels, etc. Une amélioration peut être obtenue en général en quelques jours à quelques semaines. [118]

La tolérance est d'une façon générale moyenne lors de la prescription de neuroleptiques chez les patients atteints de sida.

Il n'existe pas d'interaction connue des neuroleptiques sédatifs (lévomépromazine - cyamémazine) avec les antirétroviraux. Les patients traités par ritonavir (Norvir® et Kalétra®) représentent un cas particulier en raison des

interactions inévitables (Tableau 5). Une vigilance accrue sera de rigueur afin d'adapter au mieux la posologie.

En raison de la plus grande sensibilité des patients infectés par le VIH, le traitement sera instauré de manière très progressive afin d'en surveiller la tolérance.

Une surveillance s'impose quant à la survenue beaucoup plus fréquente des classiques effets indésirables neurologiques (syndrome extrapyramidal). [157]

Tableau 5 : association neuroleptique-antirétroviral

Famille	Dénomination	Antirétroviraux		
		Prescription nécessitant des précautions d'emploi	Prescription déconseillée	Prescription contre-indiquée
Phénothiazines	Chlorpromazine (Largactil [®])	Ritonavir		
	Fluphénazine (Moditen [®])	Ritonavir		
	Perphénazine (Trilifan [®])	Ritonavir		
	Thioridazine (Melleril [®])		Ritonavir	
	Trifluopérazine (Terfluzine [®])	Ritonavir		
Butyrophénones	Halopéridol (Haldol [®])		Ritonavir	
Dibenzodiazépines	Clozapine (Leponex [®])	Amprénavir		Ritonavir
	Olanzapine (Zyprexa [®])		Ritonavir	
Autres	Risperidone (Risperdal [®])		Ritonavir	
	Pimozide (Orap [®])			Ritonavir, amprénavir, saquinavir, nelfinavir, indinavir

2- La prise en charge psychothérapeutique :

La psychothérapie est d'un apport tout à fait fondamental dans la prise en charge psychiatrique. Il existe aujourd'hui de nombreux types de psychothérapies qui vont du simple soutien à des techniques plus spécifiques comme les thérapies analytiques ou les thérapies comportementalocognitives. Elle a une importance majeure car le traitement médicamenteux seul n'est pas suffisant.

Pratiquée en première intention dans les cas de dépression d'intensité légère ou de troubles anxieux ou en association avec des psychotropes, une psychothérapie s'avère très efficace pour soulager les symptômes, réduire la fréquence des récives. En outre, elle peut répondre à des demandes spécifiques des patients atteints par le VIH. Face à l'amélioration clinique (efficacité des nouvelles thérapeutiques contre le

VIH), ou à la dégradation de leur situation (isolement social, difficultés affectives, atteintes organiques, échec du traitement, lipodystrophie etc.), les patients ressentent souvent le besoin de réfléchir à l'impact de cette maladie, aux deuils multiples qu'elle provoque et à la place où peut s'inscrire le virus dans leur quotidien et dans leur psychisme.

Parfois les événements qui se succèdent sont autant d'éléments déclenchants de troubles psychiques, qui peuvent être à l'origine d'une démarche psychanalytique, qui permet d'intégrer ces éléments dans la logique subjective de la personne.

Cette psychothérapie s'effectue éventuellement dans le cadre hospitalier où le patient est suivi. Mais l'adresse en ville est parfois préférable dans un second temps afin de disjoindre les deux types de prise en charge et limiter les consultations à l'hôpital aux seuls soins somatiques. [15]

3- La prise en charge sociale :

L'évaluation et la prise en charge sociales sont également importantes dans le suivi d'un patient. L'isolement social ou affectif, les problèmes professionnels, les situations de précarité sont relativement fréquents chez les patients infectés par le VIH.

Ils constituent un facteur de risque de dépression et peuvent entraver le succès thérapeutique. Un bilan soigneux de la situation socioprofessionnelle doit être réalisé avec l'aide d'une assistante sociale afin de trouver les mesures les mieux adaptées à la situation de chaque patient. Permettre au patient de sortir de la solitude dans laquelle il a pu s'enfermer à cause de sa séropositivité constitue un atout majeur dans le succès thérapeutique de la prise en charge de la dépression. [15]

PARTIE PRATIQUE

I- LE CONTEXTE :

Les troubles psychiatriques représentent un problème majeur chez les patients infectés par le VIH, car ils peuvent conduire à une mauvaise observance thérapeutique, échec du traitement, progression de l'infection voire décès du patient.

Depuis longtemps, il a été signalé que la santé mentale doit être intégrée dans les initiatives mondiales pour le VIH/SIDA, et que la recherche sur la santé mentale et le VIH devrait être une priorité.

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 opportun, vu l'importance du problème, et vu également le nombre de plus en plus croissant des patient atteints du VIH qui viennent consulter pour une symptomatologie psychiatrique de faire une étude sur l'aspect psychiatrique de la pathologie VIH/SIDA.

II- LES OBJECTIFS :

Les objectifs de cette étude étaient d'une part d'évaluer de façon prospective la prévalence et la nature des troubles psychiatriques chez les patients atteints du VIH, d'autres part de dépister d'éventuels facteurs prédictifs de survenue de ces troubles.

III- METHODOLOGIE :

Notre étude est transversale à recrutement prospectif portant sur une période de 24 mois allant du 01 octobre 2011 au 01 octobre 2013 , portant sur les patients infectés par le VIH hospitalisés ou suivis au service de médecine interne du C.H.U. Hassan II de Fès.

A- La population étudiée :

Les patients infectés par le VIH hospitalisés ou ayant consulté dans le service de médecine interne durant la période d'étude.

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

1- Les critères d'inclusion :

- 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

2- Les critères d'exclusion :

- Les patients ayant une affection psychiatrique chronique
- Les patients suivis pour maladies organiques chroniques
- Les patients qui ont refusé de participer à l'étude.

B- Le recueil des données :

Une fiche d'exploitation comprenant un hétéro questionnaire a été rempli pour tous les patients inclus dans l'étude, précisant les

- ∅ 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....

Ø 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'introduction des médicaments
 - Le type de médicament
 - L'observance thérapeutique

Ø Le retentissement socio familial

Ø Les facteurs de protection

C- Les outils de mesure :

1-le MINI :

1-1- Objectifs :

Le MINI est un outil qui permet d'identifier les troubles suivants selon les critères du DSM-III-R et de la CIM-10 : l'épisode de dépression majeure, les épisodes maniaques, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie simple et la phobie sociale, l'anxiété généralisée, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles psychotiques, le risque suicidaire, l'abus d'alcool et l'alcoolo-dépendance,

l'abus et la dépendance aux drogues, l'anorexie, la boulimie et l'état de stress post traumatique.

Le MINI a été créé dans le but de remplacer les outils diagnostiques tels que le CIDI ou le SCID, qui sont plus longs à utiliser. [158]

1-2- Les caractéristiques :

Cet outil a été conçu initialement pour être utilisé comme entretien structuré administré par un clinicien mais il est parfois utilisé comme questionnaire auto administré.

Le MINI permet de déterminer une prévalence actuelle ou ponctuelle (basée sur les quinze derniers jours) des différents troubles. Il ne s'agit pas d'un outil basé sur la vie entière. Toutefois pour certains troubles, le MINI peut faire des diagnostics sur la vie ; par contre, il n'identifie pas l'âge de début.

L'intégralité du MINI contient 120 questions. Le MINI, comme le CIDI ou le DIS, est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément.

Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes ; des questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces quelques questions s'avèrent positives, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné. [158]

1-3- Catégorie de réponse :

Réponses dichotomiques (oui/non)

1-4- Mode de passation :

Face-à-face surtout ou auto-questionnaire, bien qu'il soit peu adapté à ce mode de passation.

1-5- Durée de passation :

La durée de passation totale varie entre 20et 40 minutes.

1-6- Population cible :

Population générale ou patientèle de médecins.

1-7- Qualités métrologiques :

Une étude de validation a été réalisée auprès de 330 patients américains et 40 patients français afin de comparer le MINI avec le SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R). Les résultats des 40 patients français ont également été comparés au CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Selon les troubles étudiés, la sensibilité du MINI variait entre 45 et 96 %, la spécificité entre 86 et 100% et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0,43 et 0,90. Les qualités métrologiques du MINI étaient particulièrement bonnes pour le diagnostic de la dépression, des troubles maniaques, des désordres paniques, de l'agoraphobie, des désordres psychotiques, de l'anorexie et de l'état de stress post traumatique . Ces indicateurs étaient encore plus satisfaisants lorsque le MINI était comparé au CIDI. Le MINI présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en auto-questionnaire. [158]

1-8- Langues:

Il a été traduit dans plus de 40 langues dont l'anglais, l'arabe et le français (traduction française : Sheehan et Lecrubier).

1-9- Intérêts et limites:

Le MINI a été critiqué comme un instrument n'étant pas assez spécifique pour permettre d'établir des diagnostics. En particulier, il ne permet pas de diagnostiquer les antécédents de troubles. Contrairement à d'autres outils abrégés, les réponses aux items sont en oui/non et ne permettent pas d'évaluer à la fois la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel.

Il est préférable que cet instrument soit administré par un clinicien entraîné ayant l'habitude de la pathologie psychiatrique. Le risque, en cas d'administration par des cliniciens peu expérimentés, réside dans le fait que les diagnostics peuvent être sur ou sous évalués. C'est un bon outil pour le dépistage, bien adapté à une utilisation en médecine générale ; par contre il apparaît peu adapté pour une passation en auto-questionnaire. Son principal avantage réside dans le fait qu'il est pratique et que la durée de passation est plus courte que celle correspondant aux CIDI ou DIS. [158]

2- L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) [159, 160]

La HAMA a été présentée par Hamilton en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans le "ECDEU Assessment Manuel". Elle a été traduite en français par P. Pichot. Enfin, en 1982, Snaith et coll. en ont dérivé une échelle à six items, la "Clinical Anxiety Scale", qu'ils considèrent comme supérieure à la HAMA.

2-1- Mode de construction

La HAMA comprend 14 items (1 - Humeur anxieuse, 2 - Tension, 3 - Peurs, 4- Insomnie, 5 - Fonctions intellectuelles, 6 - Humeur dépressive, 7 - Signes somatiques généraux musculaires, 8 - Signes somatiques généraux sensoriels, 9-Signes cardiovasculaires, 10 - Signes respiratoires, 11 - Signes gastro-intestinaux, 12 - Signes génito-urinaires, 13 - Signes du système nerveux autonome, 14 - Comportement lors de l'entretien) qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle "spécifique".

Les items ne sont pas, à proprement parler, définis, mais à chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14), et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). La note d'inclusion pour un essai thérapeutique est généralement au minimum de 20.

2-2- Etudes de validation

Les travaux de validation concernant la HAMA ne sont pas très nombreux.

Toutefois, la sensibilité au changement a été largement validée à travers les très nombreux essais au cours desquels elle a été utilisée. Son aptitude à distinguer différents degrés de gravité lors d'une évaluation globale est satisfaisante, avec peut-être une légère insuffisance pour les degrés : léger - absent. Il n'existe pas à notre connaissance de travaux concernant sa spécificité ni sa consistance interne.

Quant à sa structure, deux analyses en composantes principales, la première due à Hamilton et la seconde à Pichot donnent des résultats rigoureusement identiques avec un facteur général auquel tous les items sont fortement corrélés (saturations $> .4$ sauf les items 11 et 12). La rotation Varimax met en évidence deux facteurs, le premier "psychique" (items 1 à 6, et 14), le second "physique"(items 7-13). Ces résultats sont obtenus avec deux échantillons différents de cotateurs, psychiatres pour Hamilton, et médecins généralistes pour Pichot, ce qui est un gage de robustesse et de la possibilité d'utilisation par des non-spécialistes.

2-3- Mode de passation

Il est demandé au clinicien de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient. Pour chaque symptôme. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un mémento sémiologique.

2-4- Cotation

La sommation des notes d'items permet d'obtenir une note d'anxiété psychique, une note d'anxiété physique et une note globale.

2-5- Applications

La HAMA a été et est toujours très utilisée essentiellement au cours d'essais thérapeutiques d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Elle a constitué l'échelle de référence pour de nombreux travaux de validité concourante, et de psychopathologie quantitative.

On considère généralement qu'une note entre 0 à 4 correspond à l'absence d'anxiété, qu'une note entre 5 et 14 correspond à une anxiété mineure, et qu'une note supérieure à 15 correspond à une anxiété majeure.

2-6- Intérêts

La HAMA est très largement connue et utilisée. Elle permet de comparer des travaux. Elle fait partie du manuel ECDEU. Il s'agit d'un instrument sensible au changement. Du point de vue de sa structure factorielle, celle-ci s'est avérée stable.

L'accent mis sur les symptômes somatiques limite son intérêt pour les échantillons de patients dont l'expressivité anxieuse est surtout somatique du fait de facteurs ethniques, par exemple.

2-7- Limites

Il en existe plusieurs. Il est regrettable que l'échelle n'ait pas donné lieu à de véritables études de fidélité intercotateurs au cours des séances d'entraînement. Par ailleurs, dans certains cas, la multiplicité des rubriques proposées pour chaque item malgré la covariation de beaucoup d'entre eux, peut compliquer la tâche des investigateurs. C'est d'ailleurs le cas de toutes les échelles où les items n'ont pas une définition précise et univoque. La présence d'un item dépressif nous paraît nuire à la pureté de l'instrument. L'accent porté sur les symptômes somatiques est trop important. Enfin, il s'agit d'une échelle relativement longue ce qui contribue à alourdir certains protocoles.

3- Inventaire abrégé de dépression de Beck [161]

3-1- Historique et présentation

Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression qui a été développé par Beck à partir de 1962. Plusieurs versions existent : la version originale comprend 21 items, une version étendue de 25 items a été proposée par P. Pichot (pour une présentation de ces formes cf. Cottraux, Bouvard et Légeron, 1985). La forme abrégée a été développée par Beck à partir de 1972.

3-2- Mode de construction

La forme originale à 21 items incluait tous les symptômes de la constellation dépressive. La forme abrégée n'a retenu que les items les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle de Beck à 21 items (corrélations supérieures à .90) et ayant également les corrélations maximales avec les évaluations par les cliniciens de l'intensité du syndrome dépressif. Il a été ainsi obtenu un questionnaire de 13 items qui corrélait à .96 avec le score total de l'échelle originale de 21 items, et à .61 avec les évaluations de la dépression

effectuées par des cliniciens. Les treize items retenus mesurent les symptômes suivants:

- 1) Tristesse
- 2) Pessimisme
- 3) Echech personnel
- 4) Insatisfaction
- 5) Culpabilité
- 6) Dégoût de soi
- 7) Tendances suicidaires
- 8) Retrait social
- 9) Indécision
- 10) Modification négative de l'image de soi
- 11) Difficulté au travail
- 12) Fatigabilité
- 13) Anorexie

On retrouve dans cet ensemble les éléments de la triade cognitive décrite par Beck. Celle-ci comprend des considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur (item 1 à 8, et item 10). De plus, le ralentissement est appréhendé par les items, 9, 11 et 12. L'item 13 représente les troubles somatiques.

3-3- Études de validation

Plusieurs études ont défini sa structure factorielle, sa sensibilité au changement, son homogénéité et sa fidélité test-retest dans la version anglaise (Becket Beamesderfer, 1974, Beck, Steer et Garbin, 1988).

3-4- Modes de passation

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition

choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

3-5- Cotation

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme: de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

3-6- Applications

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

3-7- Intérêts-limites

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est la mesure subjective de dépression la plus utilisée. Il est certain qu'une investigation clinique, et d'autres instruments, peuvent apporter des données plus approfondies concernant un état dépressif.

Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974):

- 0-4: pas de dépression
- 4-7: dépression légère
- 8-15: dépression modérée
- 16 et plus: dépression sévère

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression a été discuté. Dans l'étude de Lempérière et al., (1984) la comparaison des différents instruments d'évaluation a montré que la capacité du questionnaire de Beck à discriminer, entre 7 stades de gravité, apparaît inférieure à l'échelle d'Hamilton et la MADRS.

Malgré sa corrélation très élevée avec l'inventaire de Beck à 21 items, elle ne l'a pas remplacé dans les recherches en psychothérapie cognitive. Elle est plus souvent utilisée en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie.

En dépit de ces réserves, il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté.

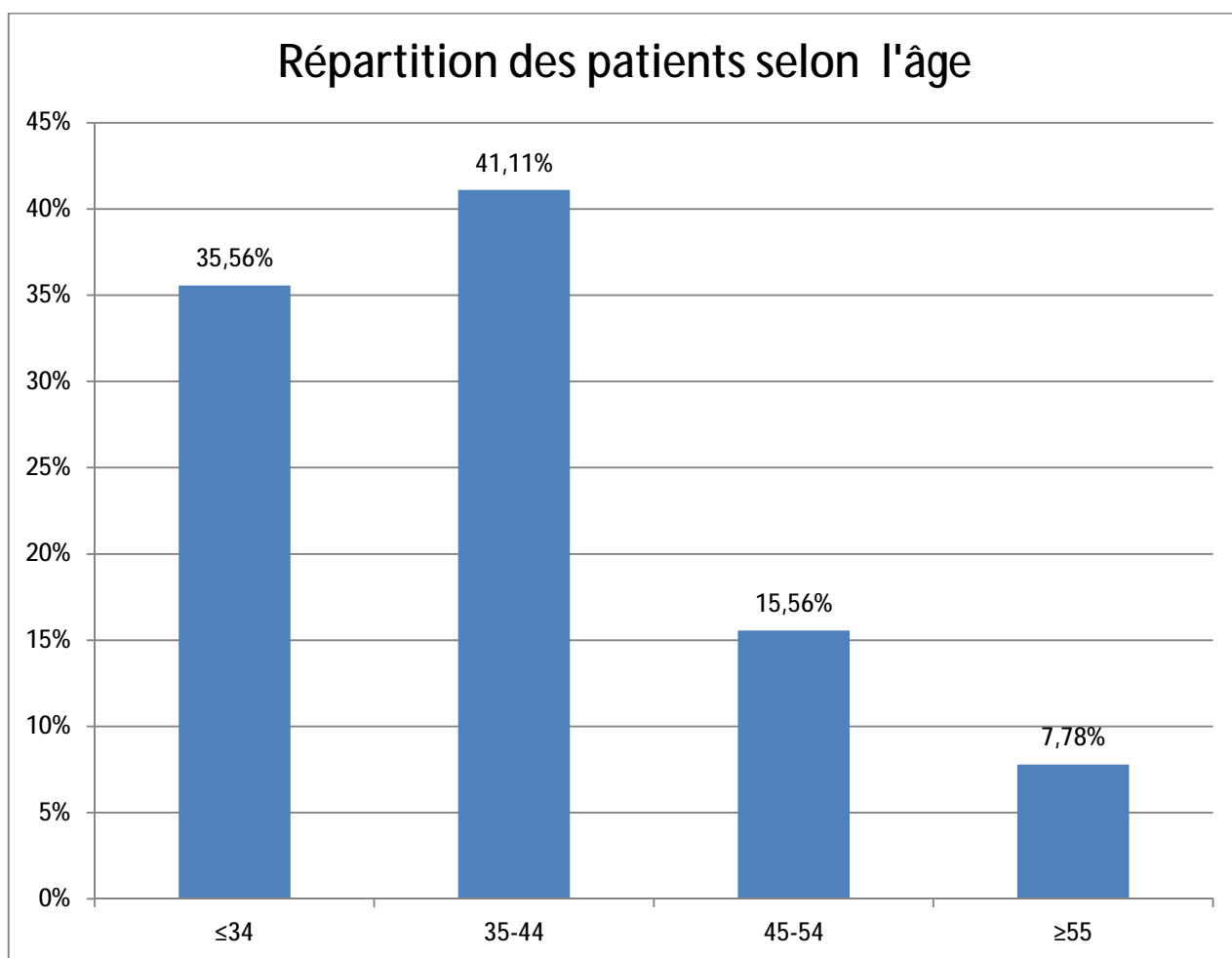
IV- LES RESULTATS :

A- Résultats descriptifs :

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

a- L'âge :

- La moyenne d'âge de nos malades est de 38,9 ans
- Le pic de fréquence se situe entre 35 et 44 ans; avec un taux de 41.11 %.
- Les extrêmes d'âge sont de 22ans et 64ans.
- La répartition en tranche d'âge est représentée dans le graphique 1:

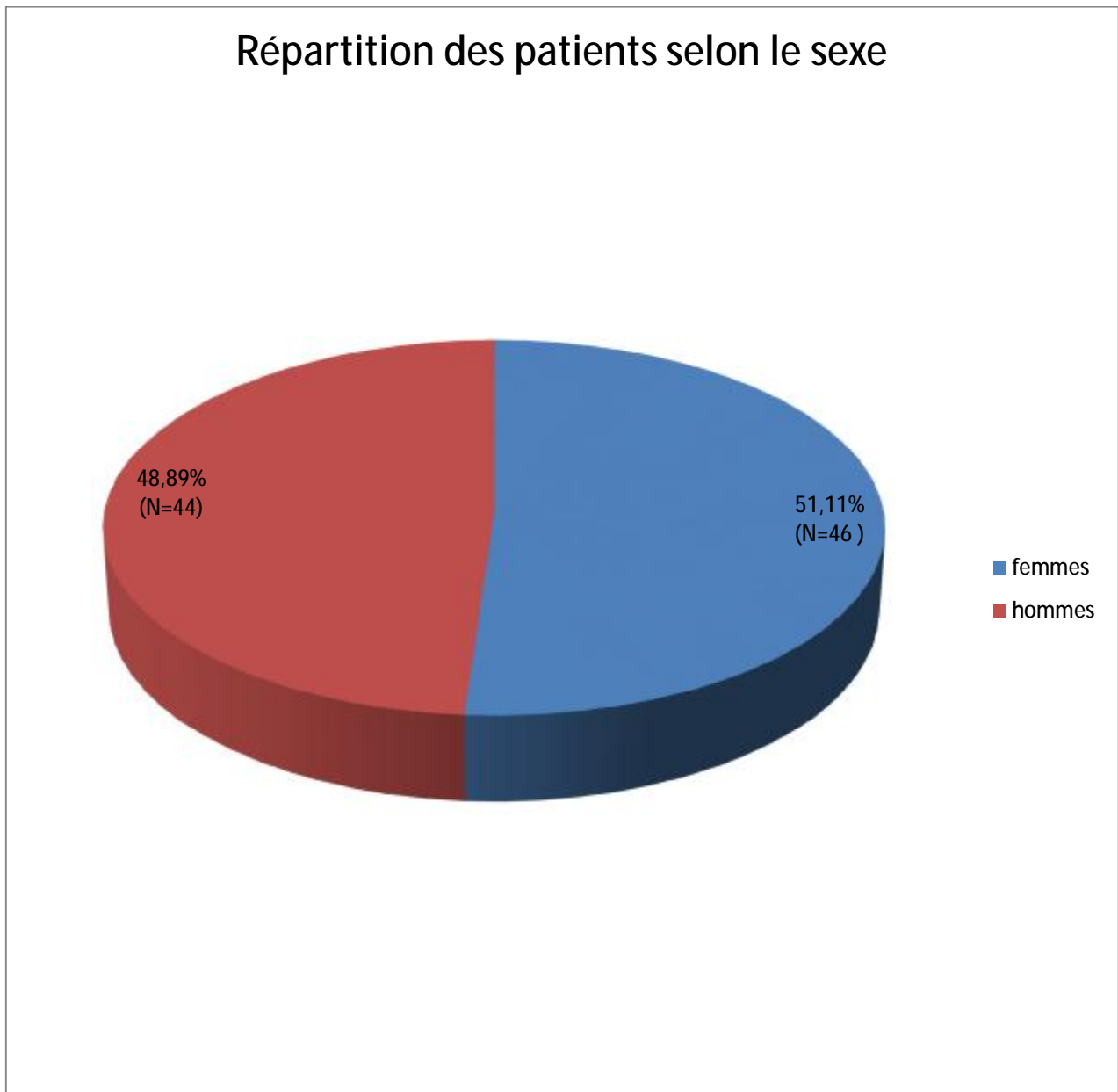


Graphique 1 :

b- Le sexe :

Dans notre série, on dénombre 46 (soit 51,11%) femmes et 44 (soit 48,89%) hommes avec un sexe ratio H/F de 0.95.

La répartition des patients selon le sexe est représentée dans le Graphique 2

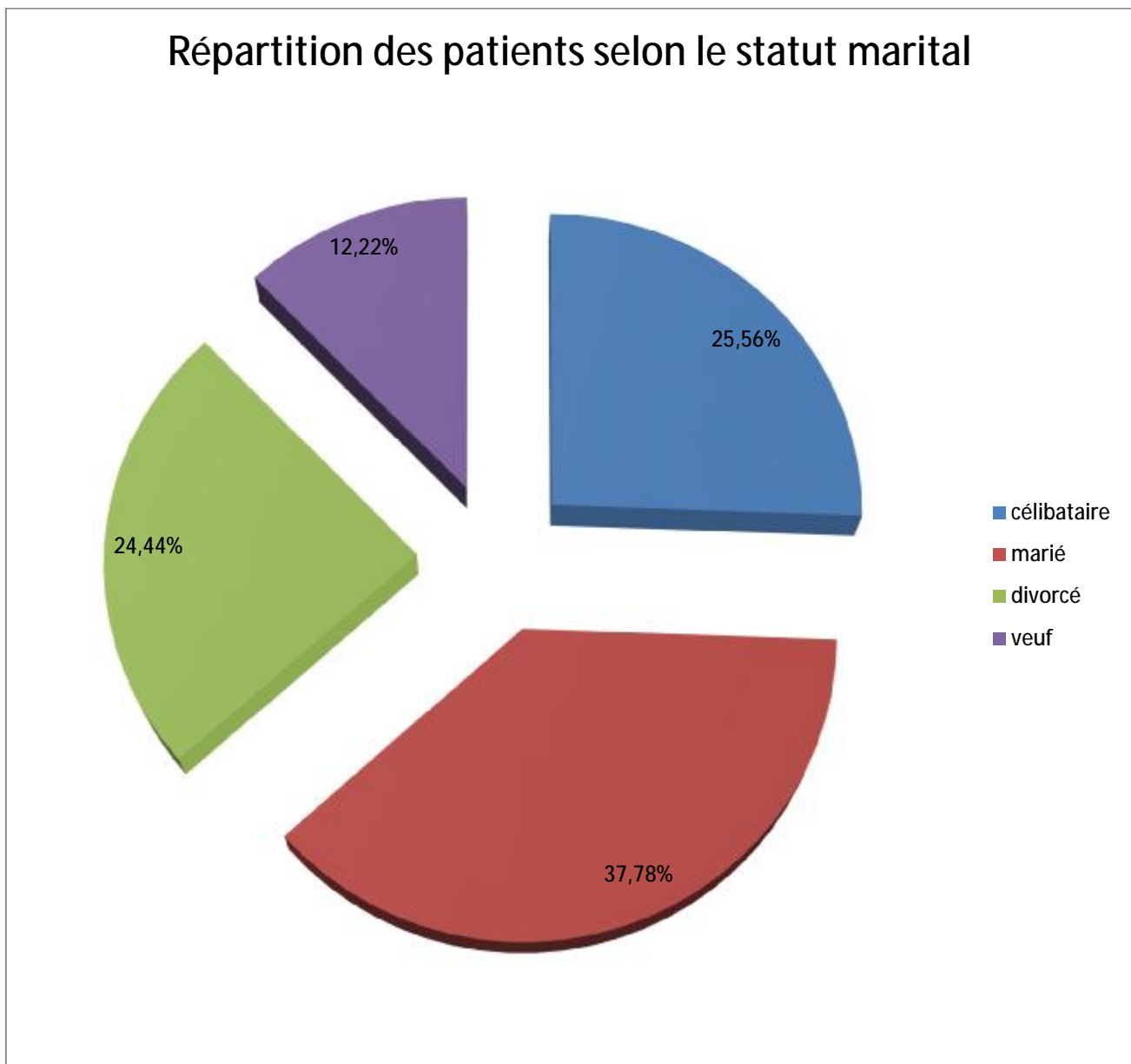


Graphique 2 :

c- Le statut marital :

37,78% de nos patients étaient mariés, 25,56% étaient célibataires, 24,44% étaient divorcés et 12,22% étaient veufs.

La répartition des patients selon le statut marital est représentée dans le Graphique 3

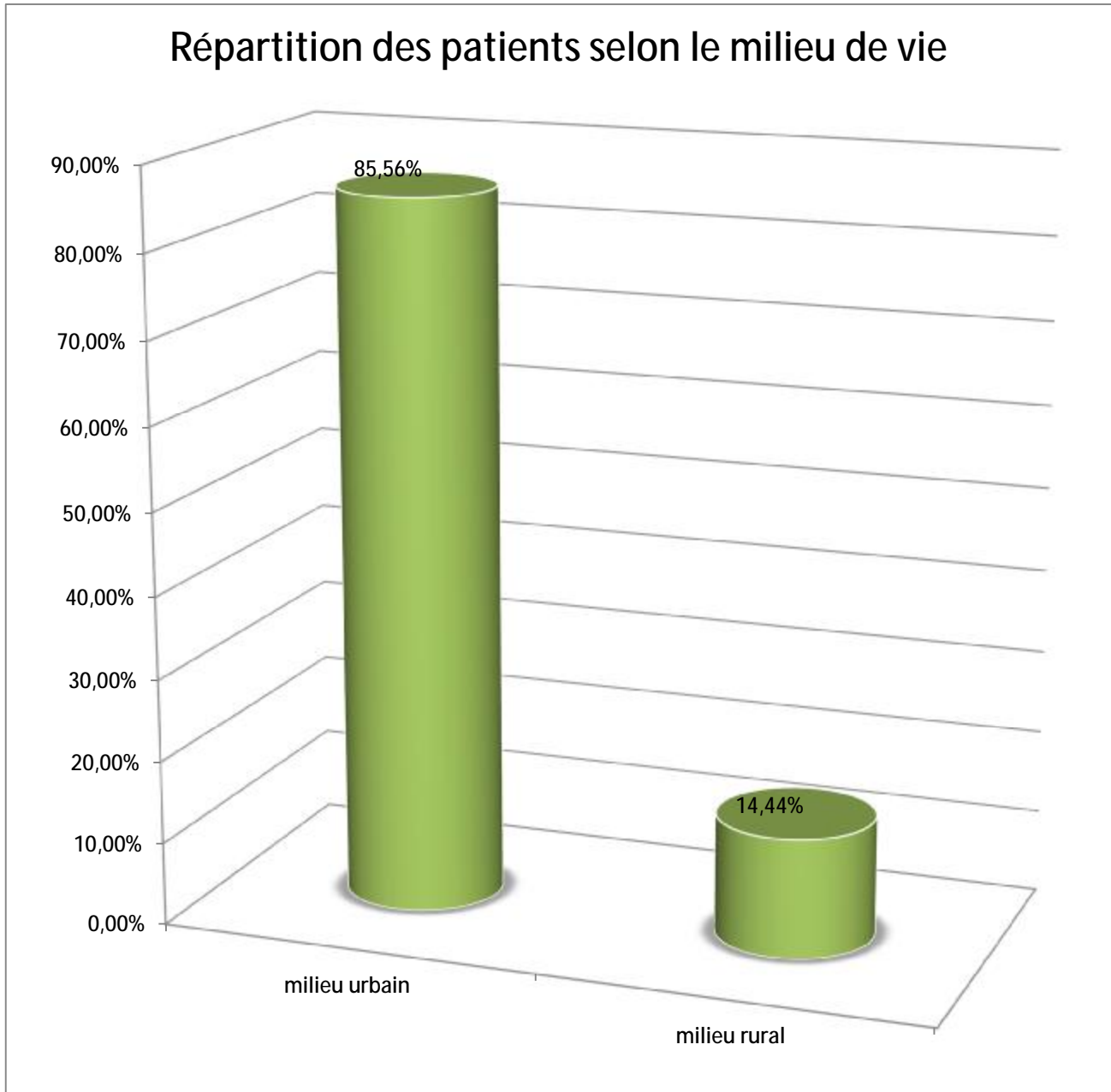


Graphique 3 :

d- Milieu de vie :

85.56% (soit 77 patients) des patients vivaient dans le milieu urbain alors que seuls 14.44% (soit 13 patients) vivaient dans le milieu rural.

Le Graphique 4 représente la répartition des patients selon le milieu de vie.



Graphique 4 :

e- Niveau d'études:

Tableau 6 : Répartition des patients selon le niveau d'études

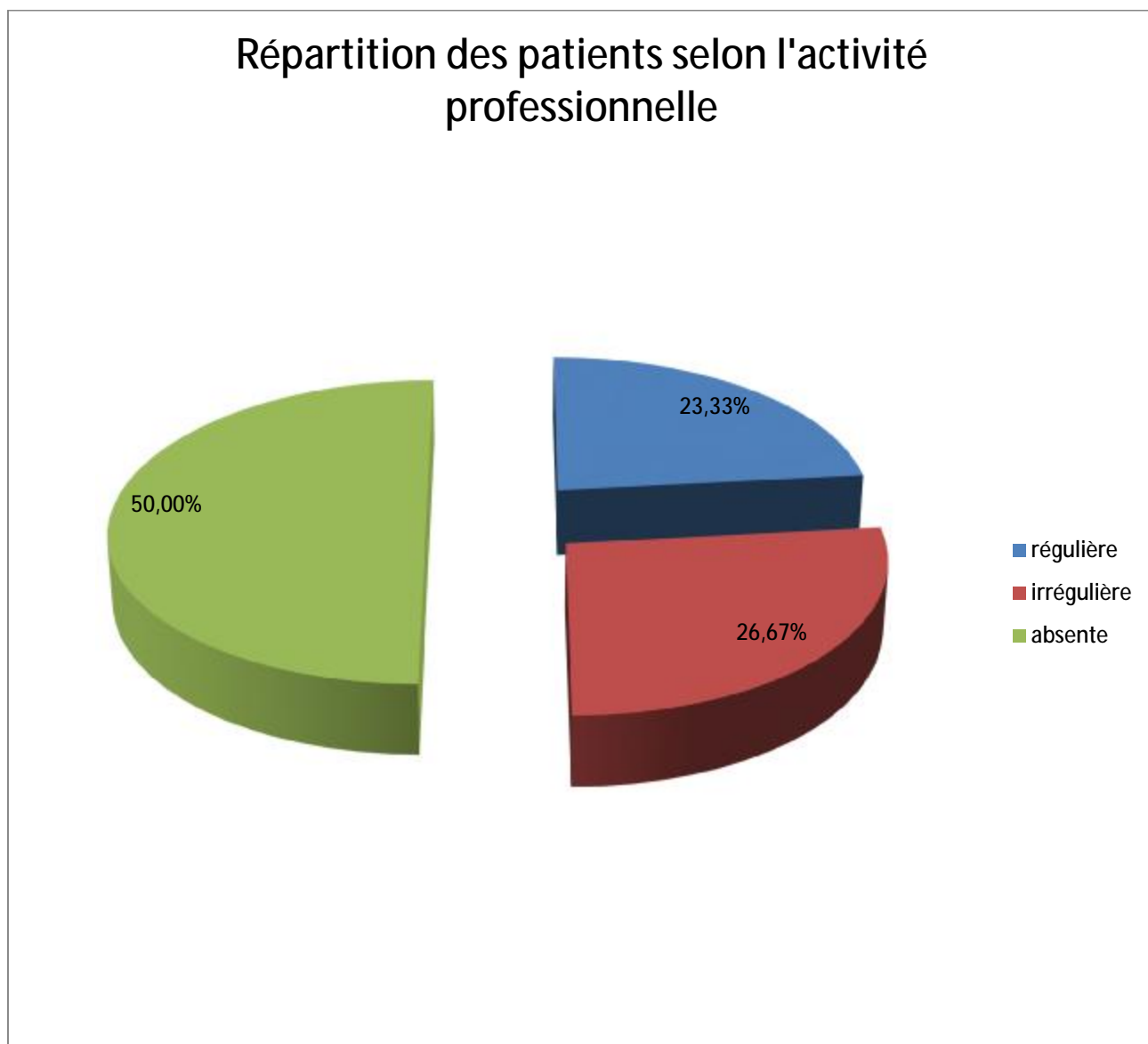
Niveau d'études	Nombre	Pourcentage
non scolarisé	26	28,89%
Primaire	18	20,00%
secondaire	21	23,33%
Bac	15	16,67%
bac +	10	11,11%
Total	90	100,00%

28.89% des patients de notre série étaient non scolarisés alors que seuls 11.11% ont continué leurs études après le bac. (Tableau 6)

f- L'activité professionnelle :

La moitié de nos patients étaient sans profession, 26,67% avaient une activité irrégulière, les 23,33% restant avaient une activité professionnelle régulière.

La répartition des patients selon l'activité professionnelle est représentée dans le Graphique 5



Graphique 5 :

g- Revenu mensuel:

Ø Personnel :

Tableau 7 : répartition des patients selon le revenu mensuel personnel

Revenu	Nombre	Pourcentage
< 2000 dh	75	83,33%
> 2000 dh	15	16,67%
Total	90	100,00%

Seuls 16.67% des patients de notre série avaient un revenu mensuel personnel supérieur à 2000 dh (tableau 7).

Ø Familial :

Tableau 8: répartition des patients selon le revenu mensuel familial

Revenu familial	Nombre	Pourcentage
< 2000 dh	81	90,00%
> 2000 dh	9	10,00%
Total	90	100,00%

Seuls 10% des patients de notre série avaient un revenu mensuel familial supérieur à 2000 dh (tableau 8).

h- Le nombre de personnes à charge :

Tableau 9 : Répartition des patients selon le nombre de personnes à charge

Personnes à charge	Nombre	Pourcentage
aucune	33	36,67%
Une personne	28	31,11%
2 personnes	6	6,67%
3 personnes	15	16,67%
4 personnes	8	8,89%
Total	90	100,00%

36.67% de nos malades n'avaient aucune personne à charge alors que 8.89% en avaient 4 à charge (tableau 9).

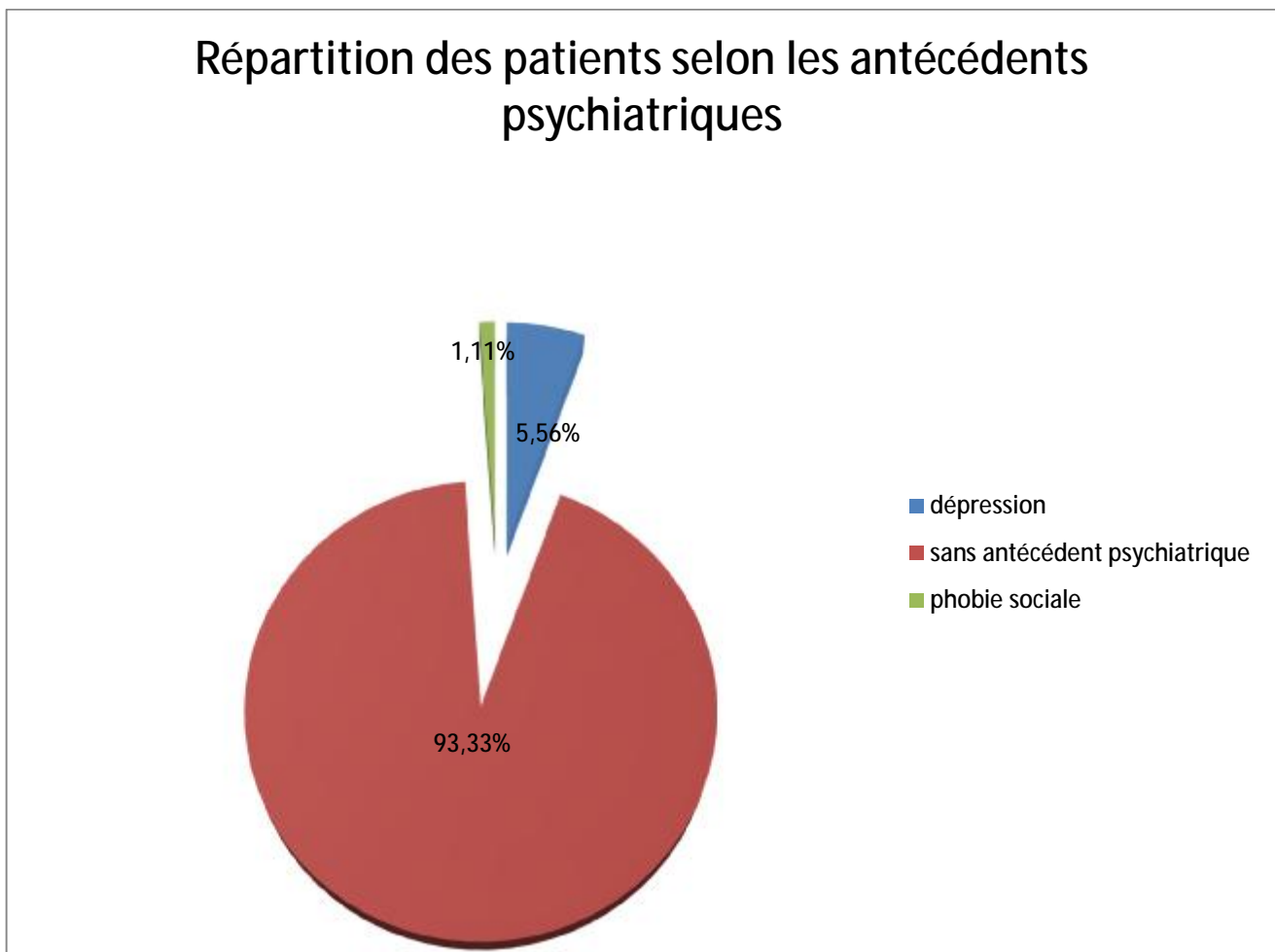
i- Les antécédents :

i-1- personnels :

► psychiatriques :

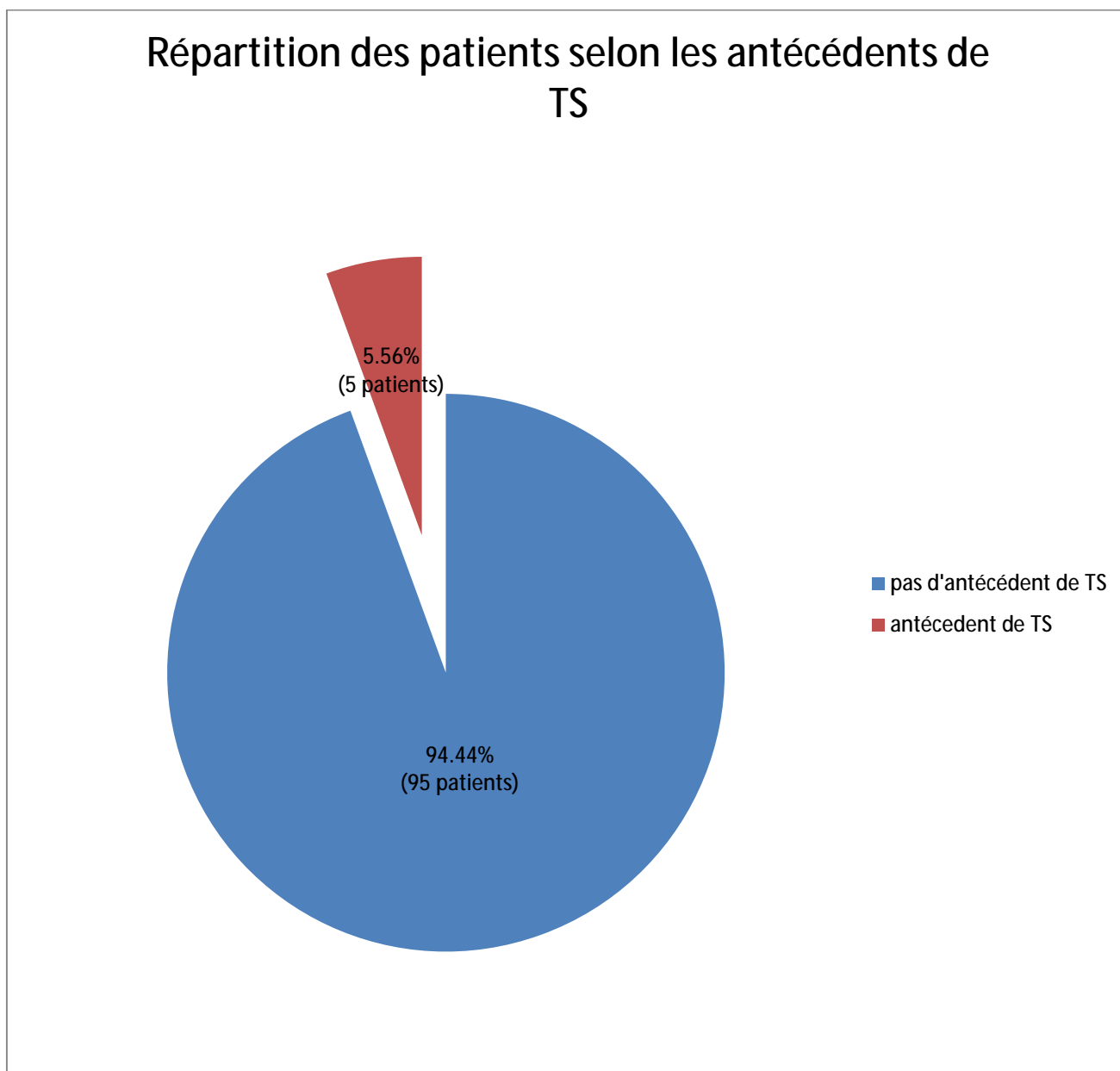
- Dans notre série, on a retrouvé des antécédents psychiatriques chez 6 patients, dont 5 (soit 5,56%) avec antécédent de dépression, et un (soit 1,11%) avec antécédent de phobie sociale.

La répartition des patients selon leurs antécédents personnels psychiatriques est représentée dans le graphique 6 :



Graphique 6 :

- 5 de nos patients avaient commis des tentatives de suicide (graphique 7), les moyens utilisés étaient : la prise d'anxiolytique, prise d'un médicament, prise d'un raticide, ingestion de caustique et se jeter devant un train, ces tentatives de suicide étaient commises il y a un an, 3ans, 4ans (pour deux patients) et 7ans , seuls 3 patients qui ont commis une tentative ont été pris en charge.



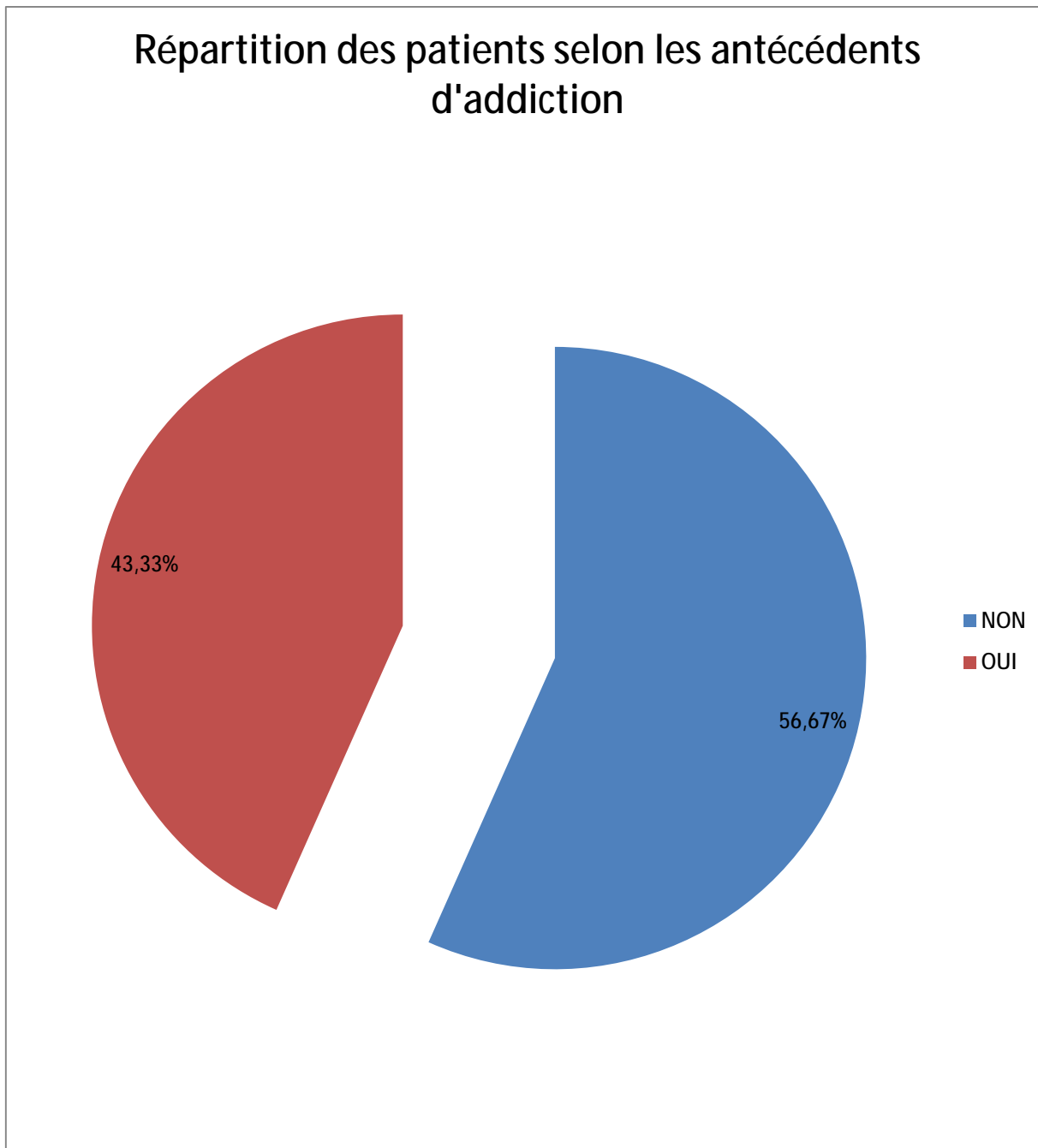
Graphique 7 :

► antécédents d'addiction:

Dans notre série, 39 patients (soit 43,33%) avaient des habitudes addictives.

La répartition des patients selon les habitudes d'addiction est représentée dans

le graphique 8 :



Graphique 8 :

- Tabac : 24 (soit 26.67%) patients étaient dépendants au tabac, 5 (soit 5.56%) patients étaient des consommateurs occasionnels et un seul patient (1.11%) avait une consommation abusive
- Alcool : 5 (5,56%) patients étaient dépendants à l'alcool et 18 (20%) étaient des consommateurs occasionnels.
- Cannabis : 2 (2,22%) patients avaient une consommation abusive de cannabis, 9 (10%) en étaient dépendants et 3 (3,33%) étaient des consommateurs occasionnels.

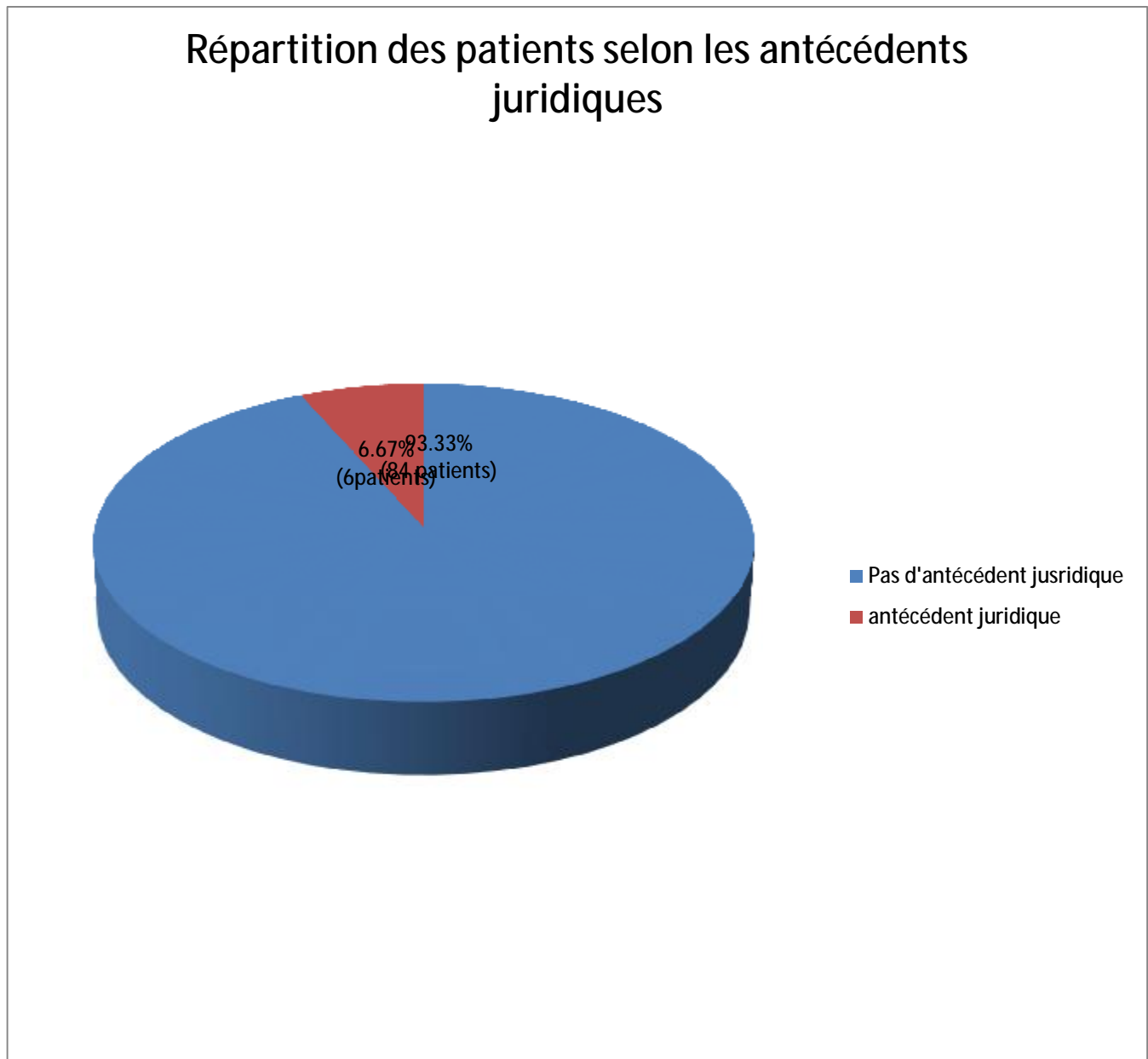
Tableau 10 : Répartition des patients selon leurs habitudes addictives

	Abus N (%)	Dépendance N (%)	Occasionnel N(%)	Absence de consommation N(%)
Tabac	1 (1,11%)	24 (26,67%)	5 (5,56%)	
cannabis	2 (2,22%)	9 (10%)	3 (3,33%)	76 (84,44%)
alcool	-	5 (5,56%)	18 (20%)	67 (74,44%)

► Juridiques :

Dans notre série, seuls 6 patients avaient des antécédents juridiques.

(Graphique 9)



Graphique 9 :

► médico-chirurgicaux :

Dans notre série, 26 patients (soit 28,9%) avaient des antécédents médicaux, 6 patientes (soit 6,66%) avaient des antécédents gynéco-obstétricaux, et 2 patients (2,22%) avaient des antécédents chirurgicaux. (Tableau 11)

Tableau 11 : répartition des patients selon les antécédents personnels

		Nombre	Pourcentage
Antécédents médicaux	Abcès inguinale	1	1,11%
	Adénopathie cervicale	1	1,11%
	Tuberculose pulmonaire	1	1,11%
	Tuberculose cérébrale	1	1,11%
	Tuberculose ganglionnaire	3	3,33%
	Tuberculose neuro-méningée	1	1,11%
	Tuberculose péritonéale	1	1,11%
	Diabète	1	1,11%
	Diarrhée	1	1,11%
	Epilepsie	1	1,11%
	Hépatite C	1	1,11%
	Kyste hydatique du foie	1	1,11%
	Lymphome	2	2,22%
	Syndrome néphrotique	1	1,11%
	Tuberculose pulmonaire macroscopiquement positive (TPM+)	9	10,00%
Antécédents chirurgicaux	appendicectomie	1	1,11%
	cholécystectomie	1	1,11%
Antécédent gynéco obstétricaux	Césarienne	3	3,33%
	Grossesse extra utérine	1	1,11%
	Hystérectomie	1	1,11%
	Ligature des trompes	1	1,11%
Aucun antécédent	-	56	62,22%
	Total	90	100,00%

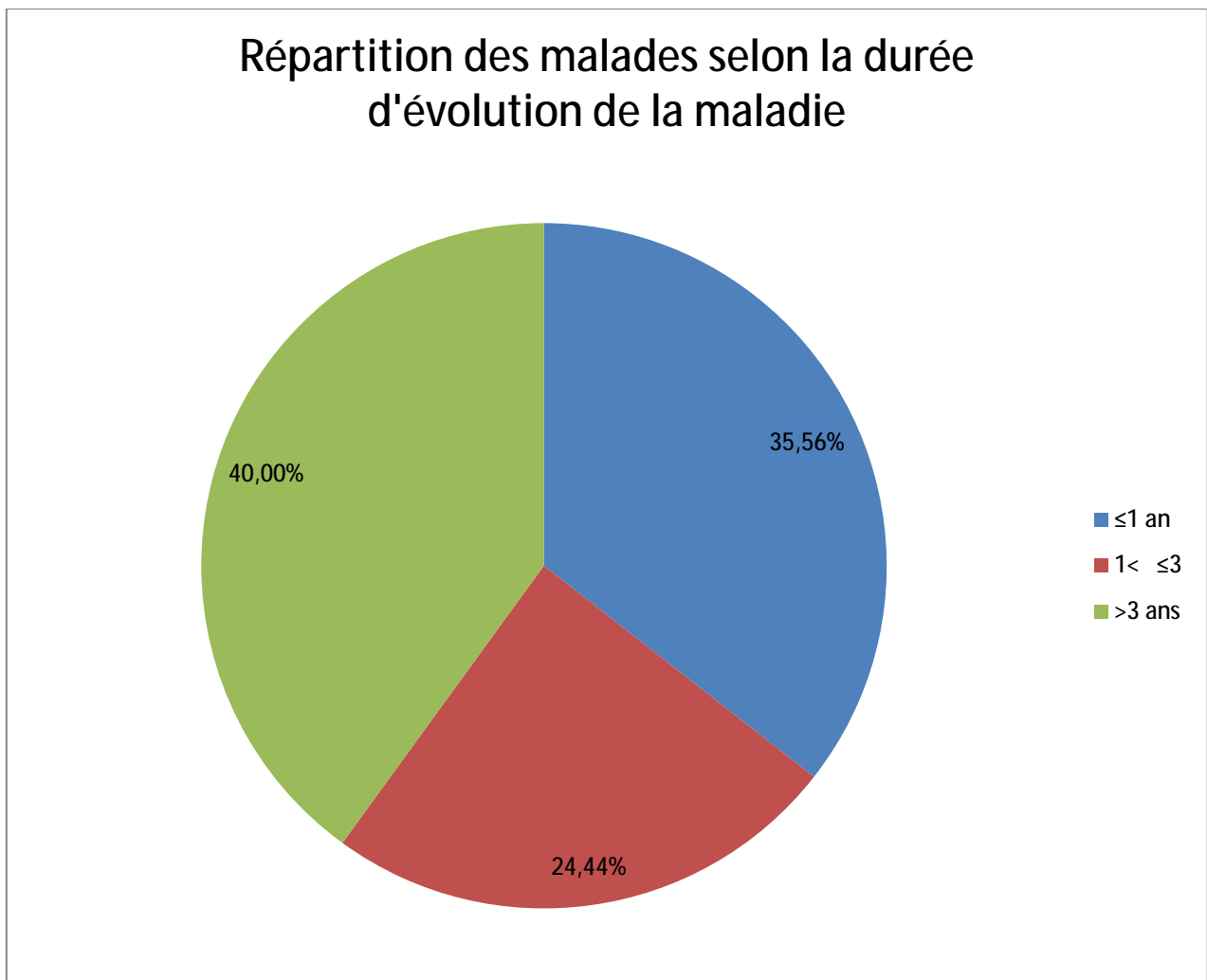
i-2- familiaux :

Aucun patient n'avait d'antécédents psychiatriques dans la famille.

2- Les caractéristiques de la maladie :

a- La durée de la maladie :

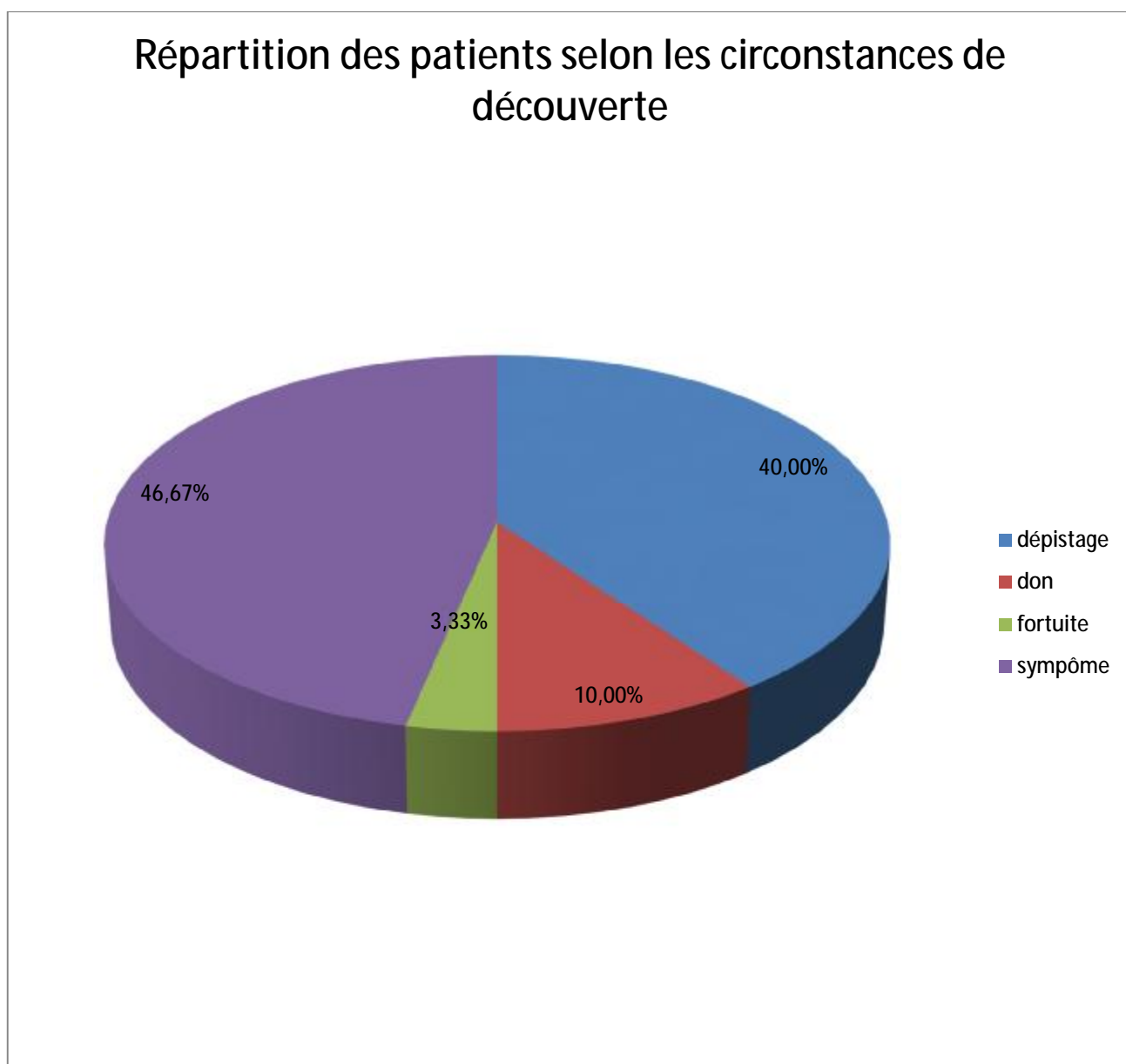
La maladie évolue depuis plus de 3ans chez 40% de nos patients, depuis moins d'une année chez 35,56% de nos patients, et entre un an et 3ans chez le reste de l'échantillon. (Graphique 10)



Graphique 10 :

b- Les circonstances de découverte :

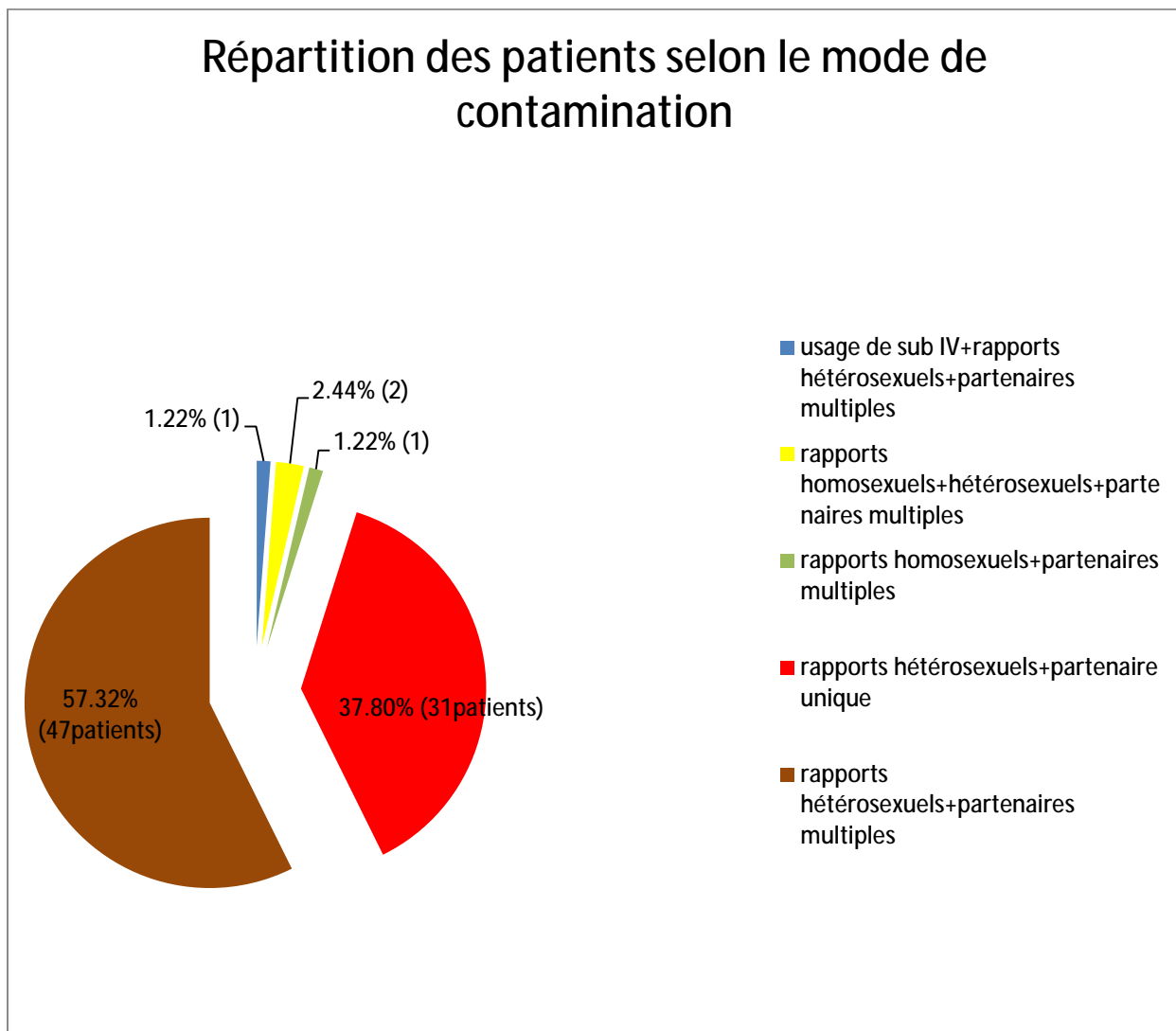
Chez 46,67% des patients de notre série l'infection par le VIH a été découverte suite à l'apparition de symptômes, elle a été découverte lors d'un dépistage chez 40% des patients, et après un don de sang chez 10% des patients, la découverte était fortuite chez seulement 3 (soit 3,33%) patients. (Graphique 11)



Graphique 11 :

c- Le mode de contamination :

57,32% (N=47) des patients ont été contaminés lors des rapports hétérosexuels avec des partenaires multiples, 37.80% (N=31) via des rapports hétérosexuels avec un partenaire unique, 2 (soit 2,44%) patients avaient des rapports à la fois homosexuels et hétérosexuels avec des partenaires multiples, un seul patient (1,22%) utilisait de la drogue par voie intraveineuse et avait des rapports hétérosexuels avec des partenaires multiples, et le dernier patient a été contaminé lors de rapports homosexuels avec des partenaires multiples. (Graphique 12)



Graphique 12 :

d- La réaction psychologique à l'annonce de la maladie :

67,78% (61/90) des patients de notre série ont réagi par de l'angoisse à l'annonce de la séropositivité, 66,67% (60/90) ont réagi par une symptomatologie anxio-dépressive, et 4,44 % (4/90) par de la persécution. (Tableau 12)

Tableau 12 : répartition des malades selon la réaction psychologique à l'annonce de la maladie

	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

e- Le stade de la maladie :

47.78% des patients de notre série étaient au stade C, 40% étaient asymptomatiques et le reste des patients étaient au stade B de la maladie. (Tableau 13)

Tableau 13 : répartition des patients selon le stade de la maladie

STADE	Nombre	Pourcentage
asymptomatique	36	40,00%
Stade B	11	12,22%
Stade C	43	47,78%

f- Les complications :

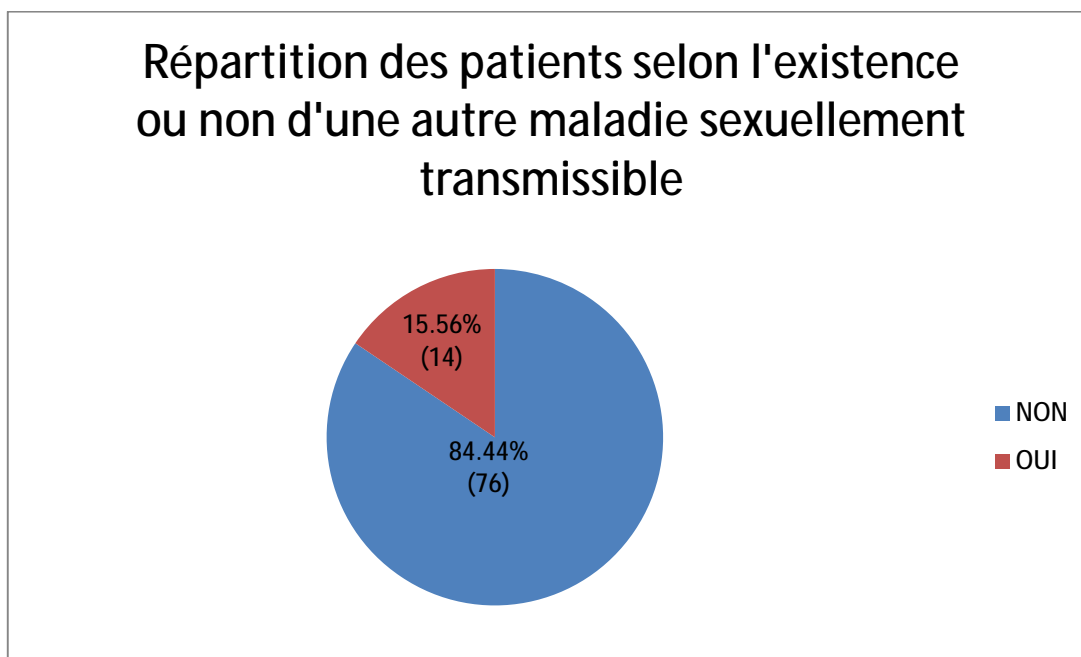
38.64% des patients de notre série avaient des complications à type de néoplasies ou d'infections opportunistes. (Tableau 14)

Tableau 14: répartition des malades selon la présence ou non de complications

COMPLICATION	Nombre	Pourcentage
non	54	61,36%
oui	34	38,64%

g- L'existence d'autres maladies sexuellement transmissibles :

14 patients avaient une autre maladie sexuellement transmissible surajoutée au VIH (Graphique 13), dont 5 qui avaient la syphilis, 4 avaient des condylomes, 3 un herpès, un patient avait l'hépatite C et un patient était infecté par le CMV (Tableau 15).



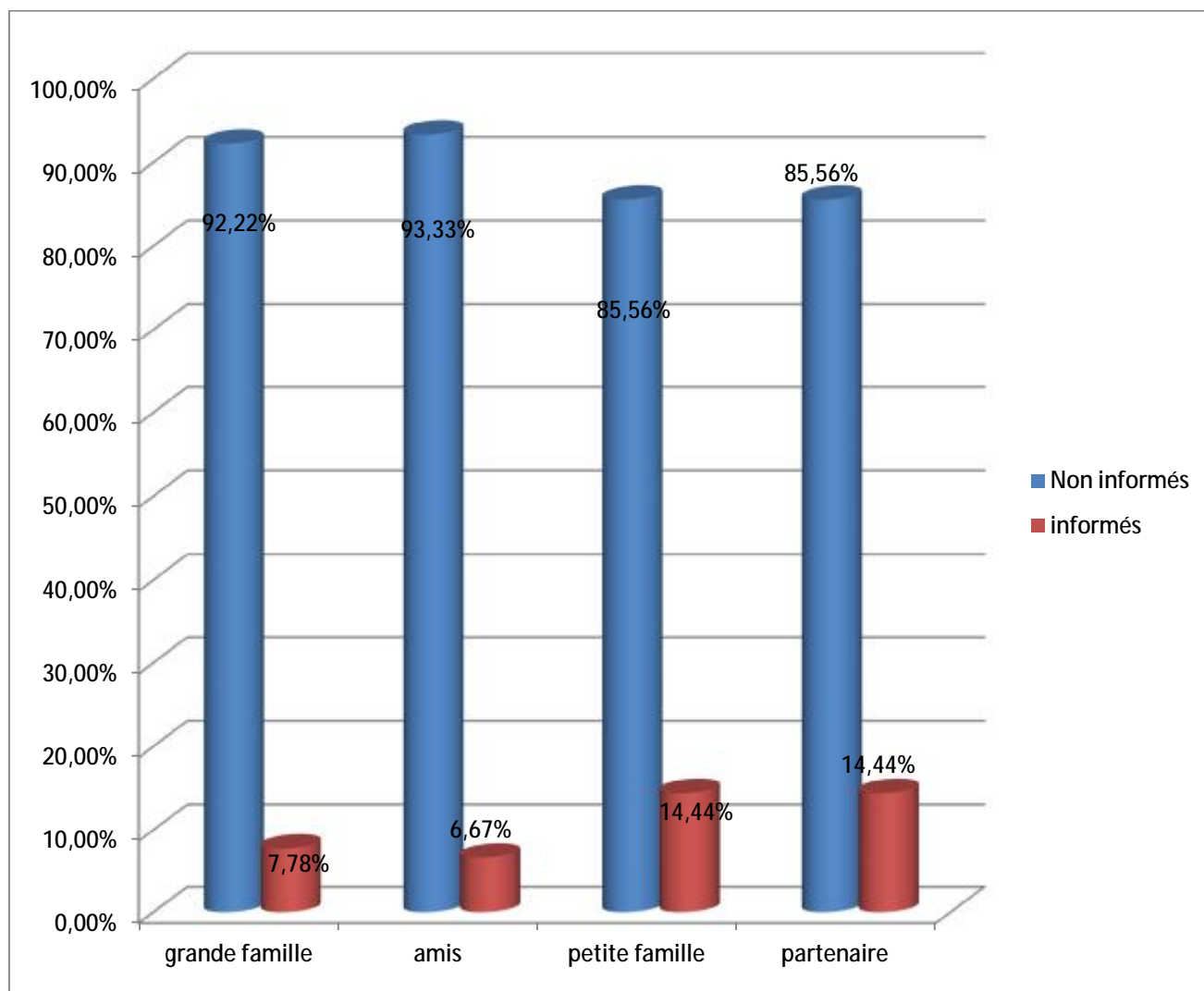
Graphique 13:

Tableau 15 : les autres MST surajoutées au VIH

MST	Nombre
CMV	1
CONDYLOME	4
HERPES	3
HVC	1
SYPHILIS	5

h- Les personnes informées sur le statut sérologique du patient :

Peu de personnes étaient informées sur le statut sérologique du patient : seuls 14,44 % des partenaires, 6.67% des amis, 7.78% de la grande famille et 14.44% de la petite famille étaient au courant de l'infection du patient par le VIH. (Graphique 14)

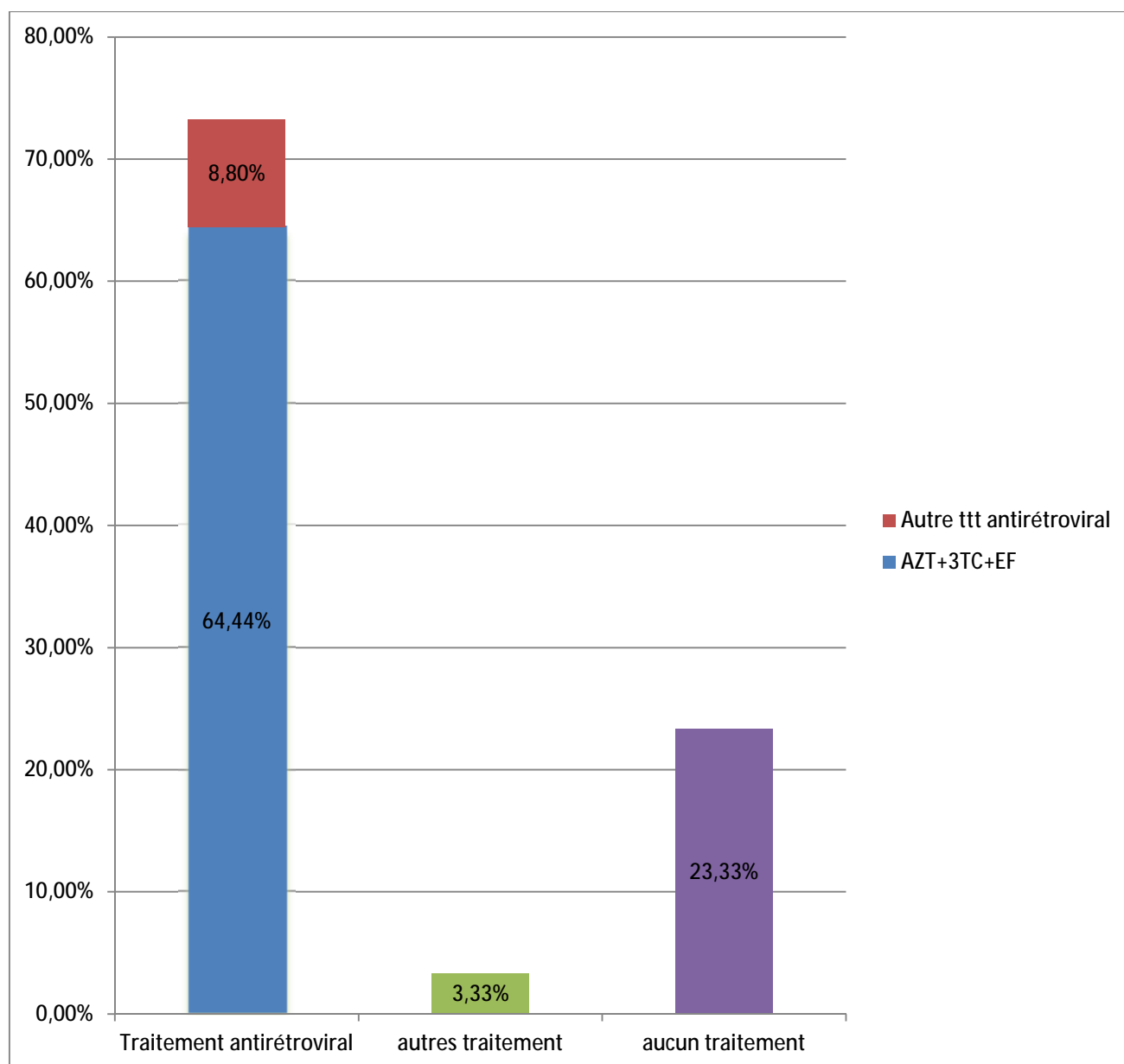


Graphique 14 : personnes informées sur le statut sérologique du patient

i- La prise en charge thérapeutique :

73,33% des patients étaient sous traitement antirétroviral dont 64,44 % sous le schéma thérapeutique AZT+3TC+EF et le reste sous d'autres schémas thérapeutiques, 23,33% des patients n'étaient sous aucun médicament, et 3,33% étaient sous autres traitements notamment des antibiotiques ou des antituberculeux.

Graphique 15 : Répartition des patients selon les traitements prescrits



► l'observance thérapeutique :

55,55%(50) des patients avaient une bonne observance thérapeutique, 10%(9) avaient une observance moyenne et 11,11% (10) avaient une mauvaise observance, à noter que 23,33%(12) des patients ne prenaient aucun médicament. (Tableau 16)

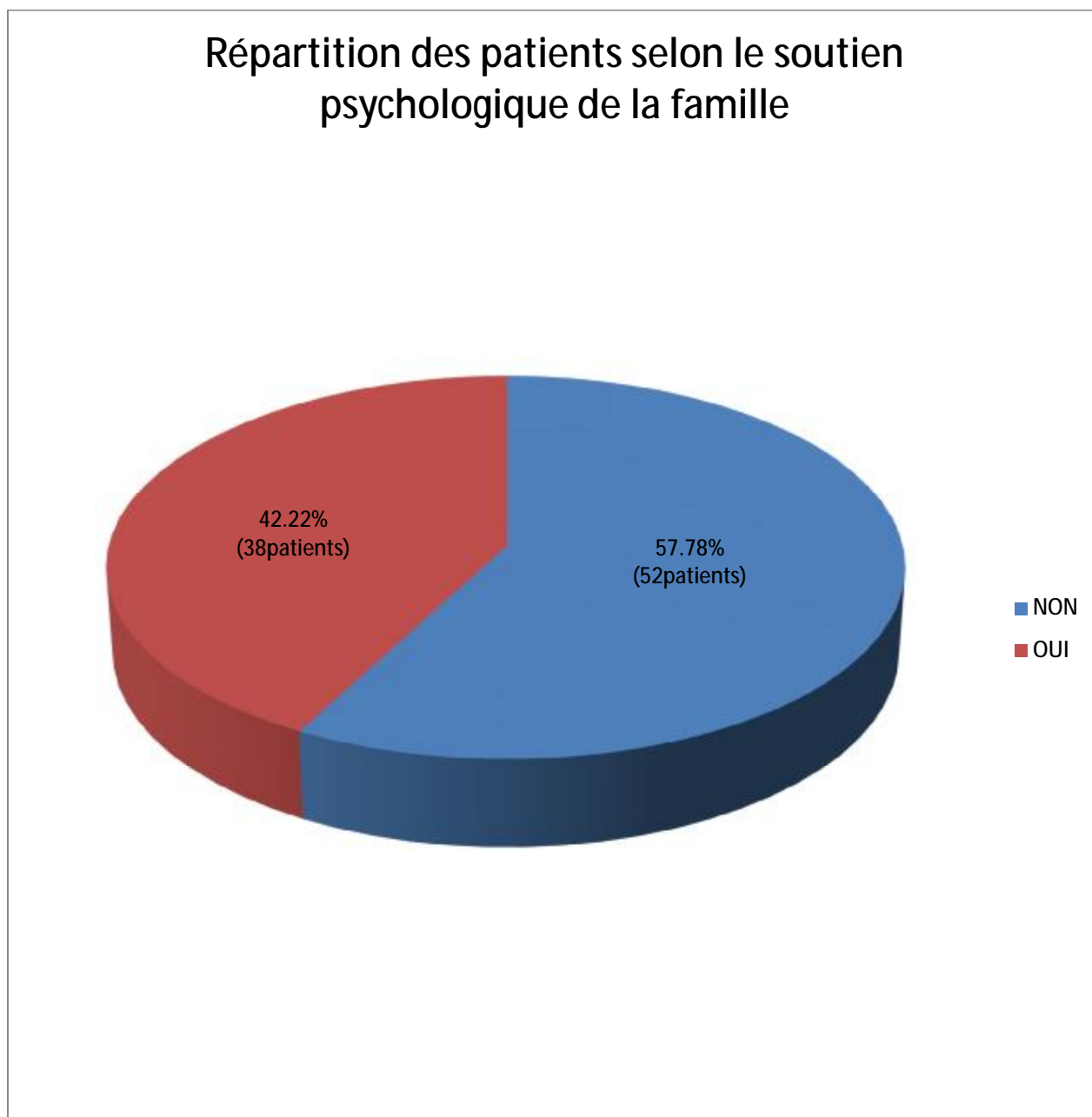
Tableau 16 : répartition des patients selon l'observance thérapeutique

OBSERVANCE	Nombre	Pourcentage
pas de médicament	21	23,33%
Bonne observance	50	55,55%
Observance moyenne	9	10%
Mauvaise observance	10	11,11%
Total	90	100,00%

3- Les facteurs de protection :

a- Le soutien psychologique de la famille :

57.78% des patients de notre série ne bénéficiaient pas d'un soutien psychologique de la part de leurs familles. (Graphique 16)

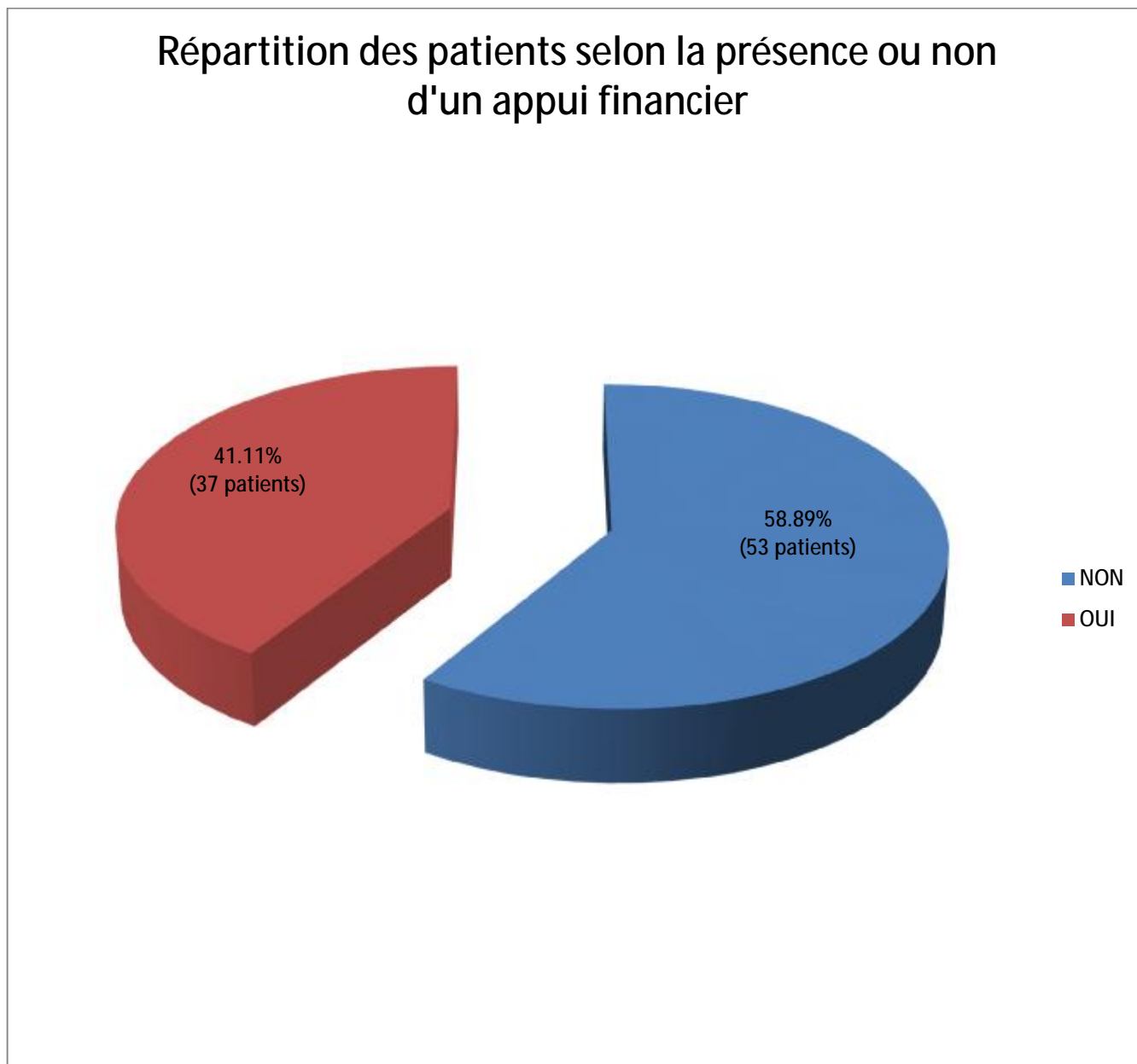


Graphique 16 :

b- L'appui financier :

58.89% des patients de notre série n'avaient pas d'appui financier.

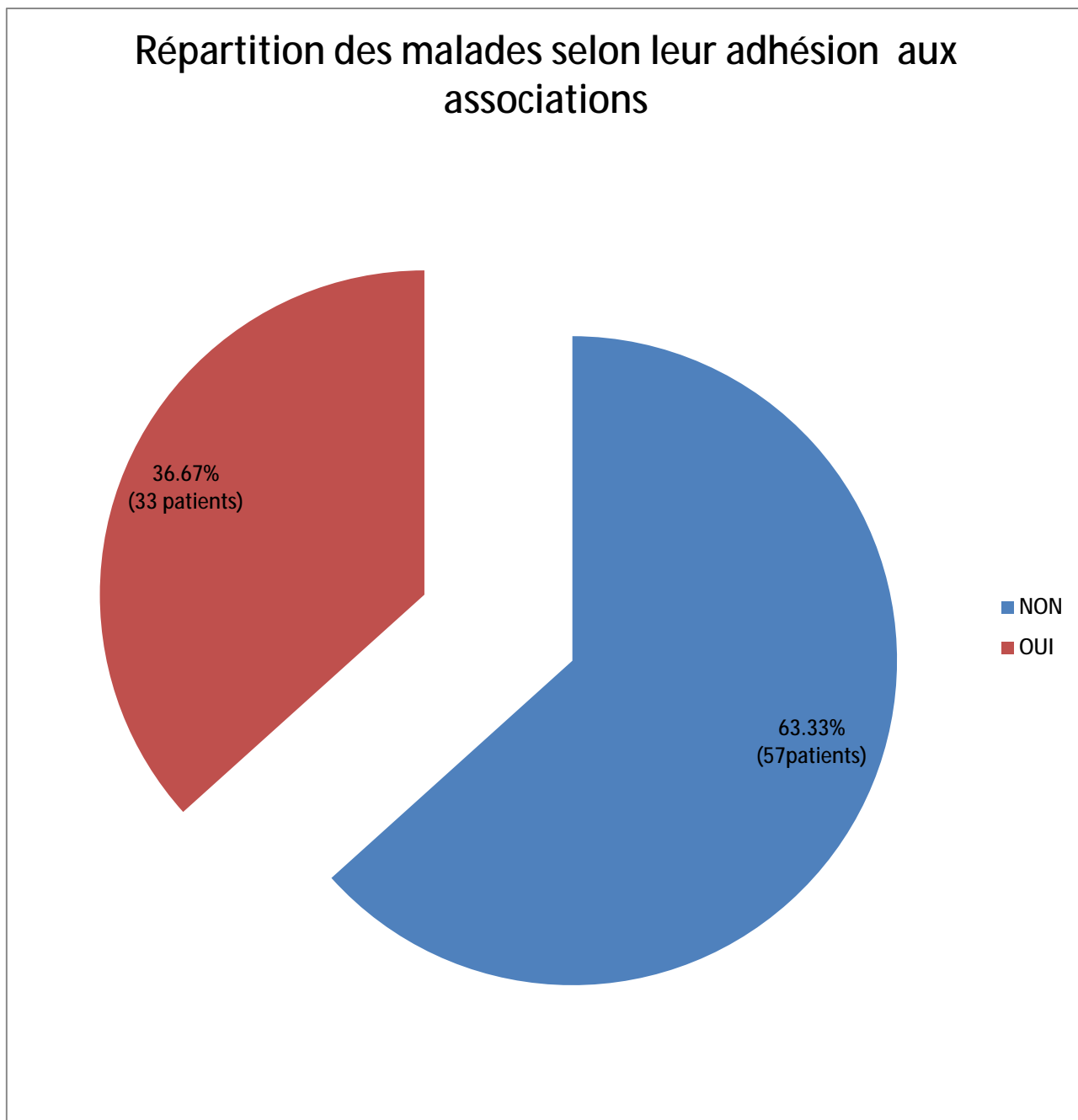
La répartition des patients selon la présence ou l'absence d'un appui financier est représentée dans le Graphique 17.



Graphique 17 :

c- Associations pour personnes atteintes du VIH :

Seuls 36.67% des patients de notre série font partie d'associations qui œuvrent
En faveur des personnes infectées par le VIH. (Graphique 18)

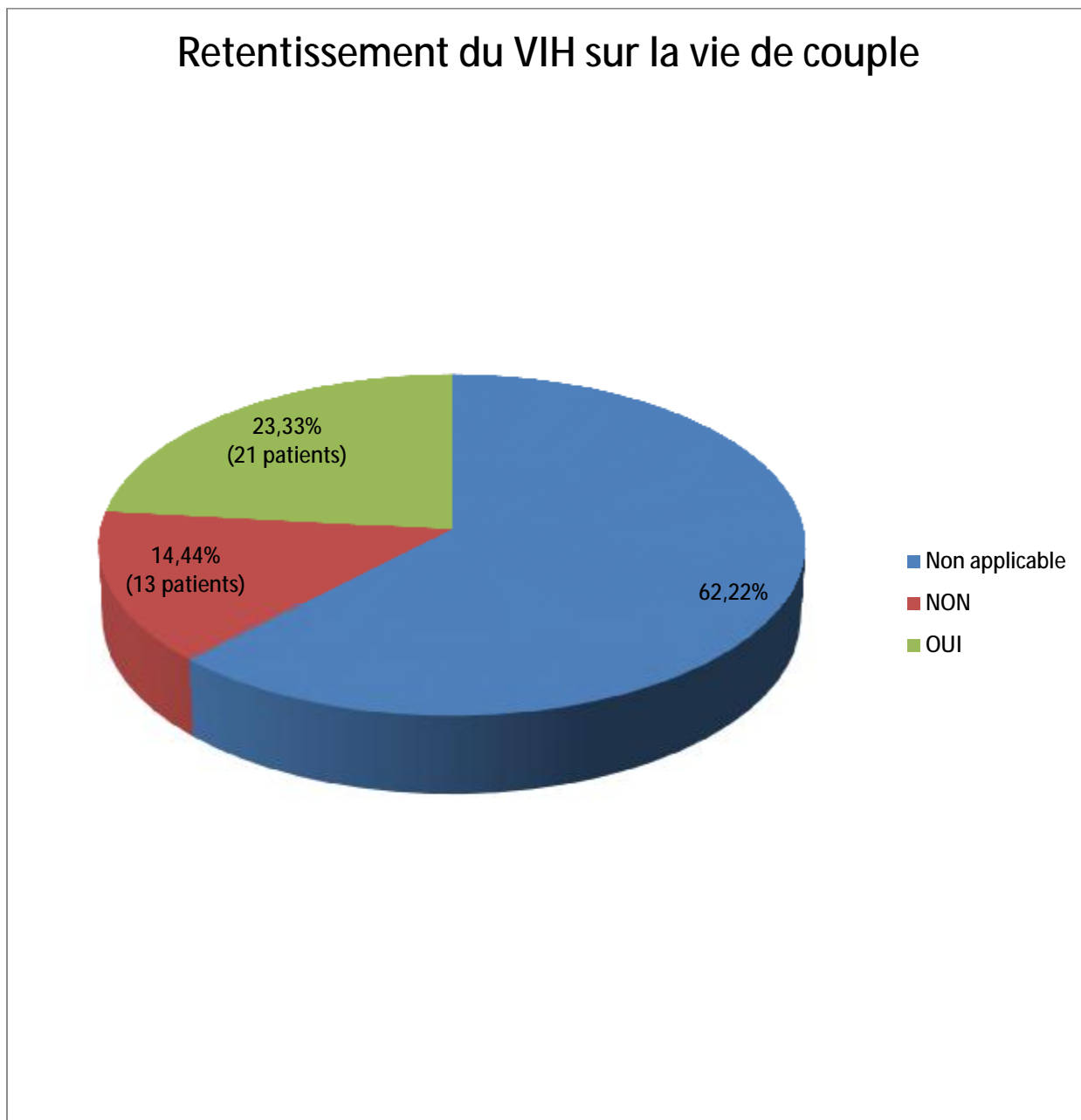


Graphique 18 :

4- Le retentissement socio familial

a- Vie de couple :

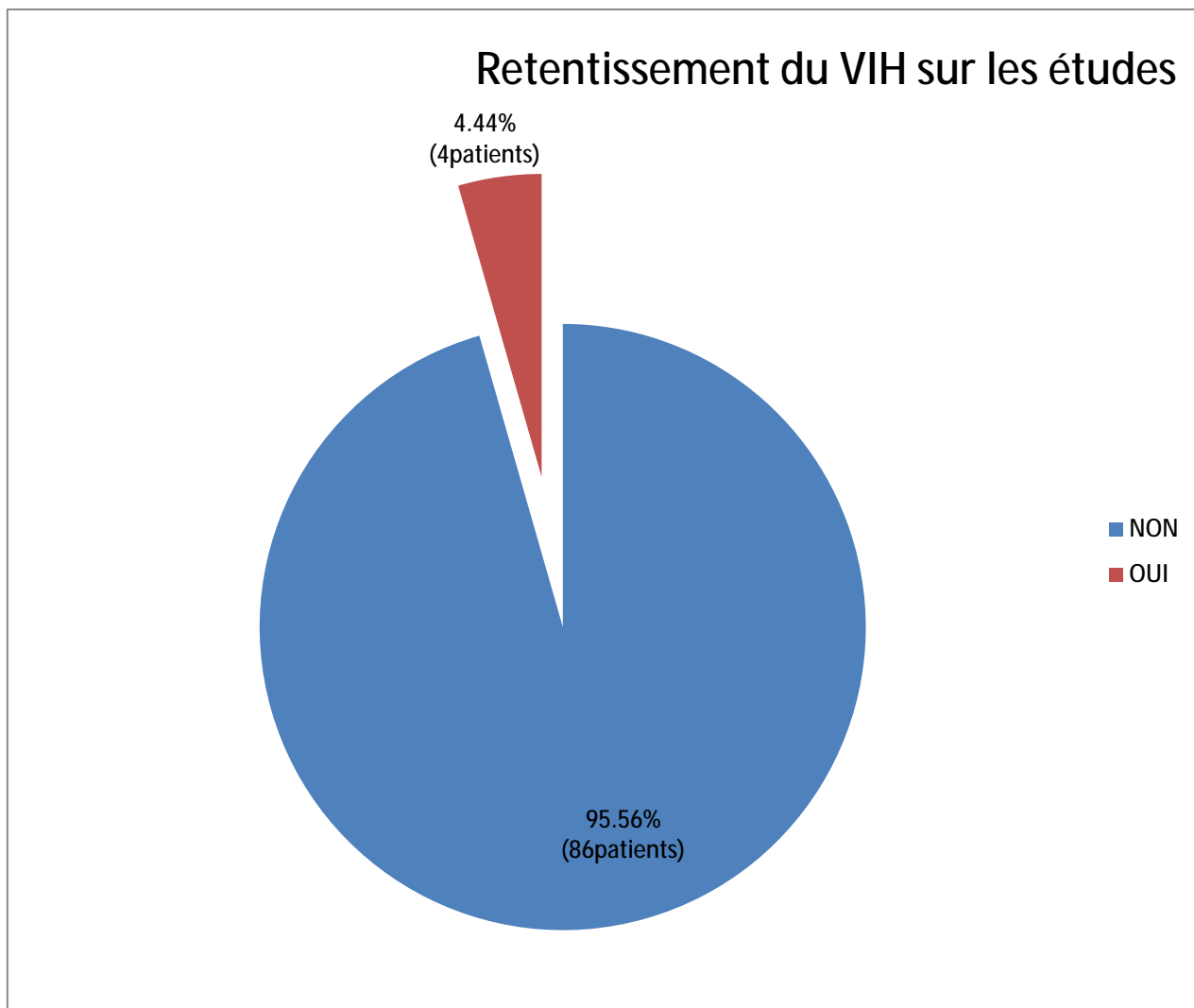
34 (soit 37,78%) patients de notre échantillon étaient mariés, dont 21(soit 23,33%) ont affirmé que le VIH a eu un retentissement sur leur vie de couple. (Graphique 19)



Graphique 19:

b- Etudes :

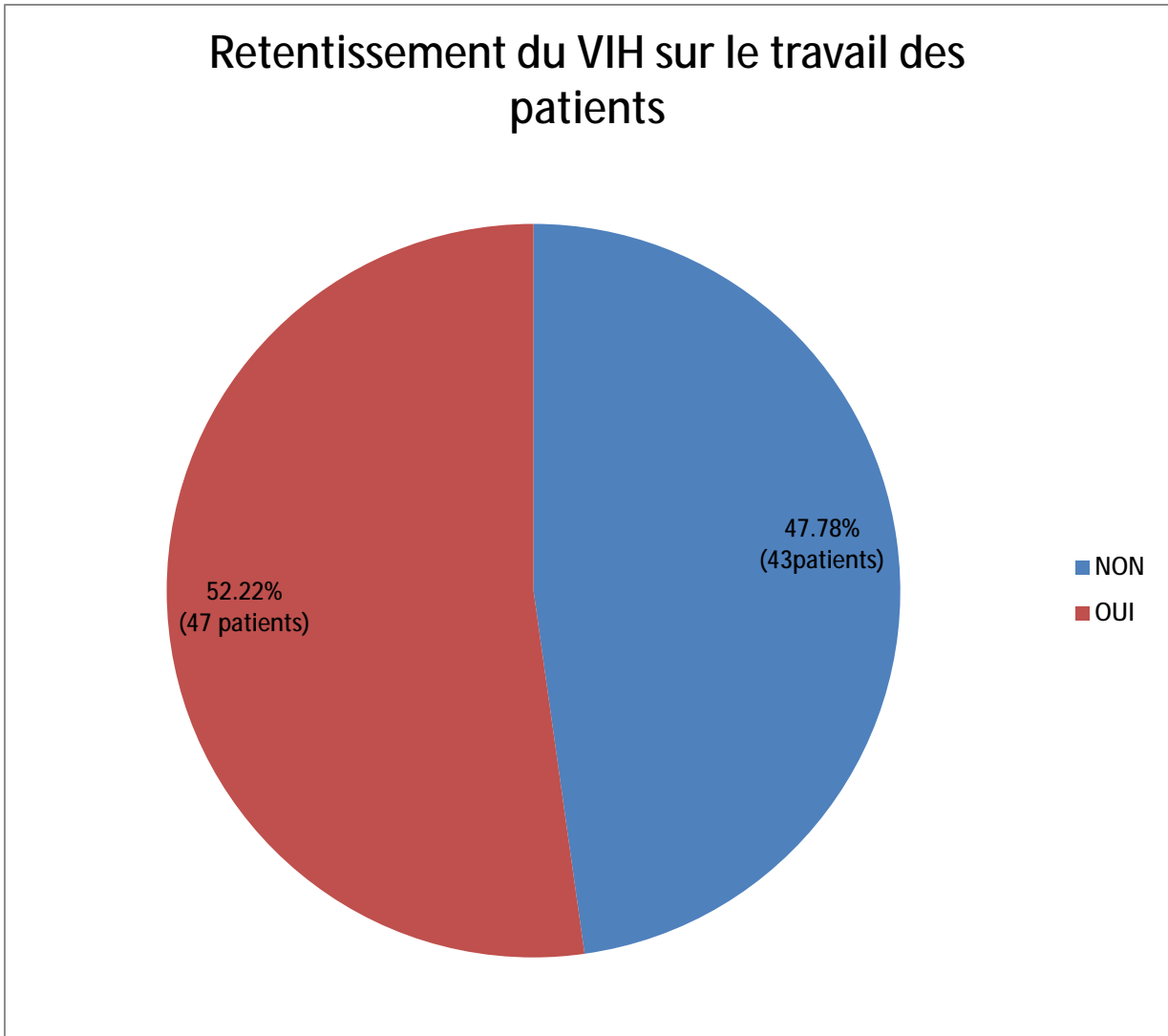
Dans notre série 4 patients ont affirmé que le VIH a eu un retentissement sur leurs études. (Graphique 20)



Graphique 20:

c- Le travail :

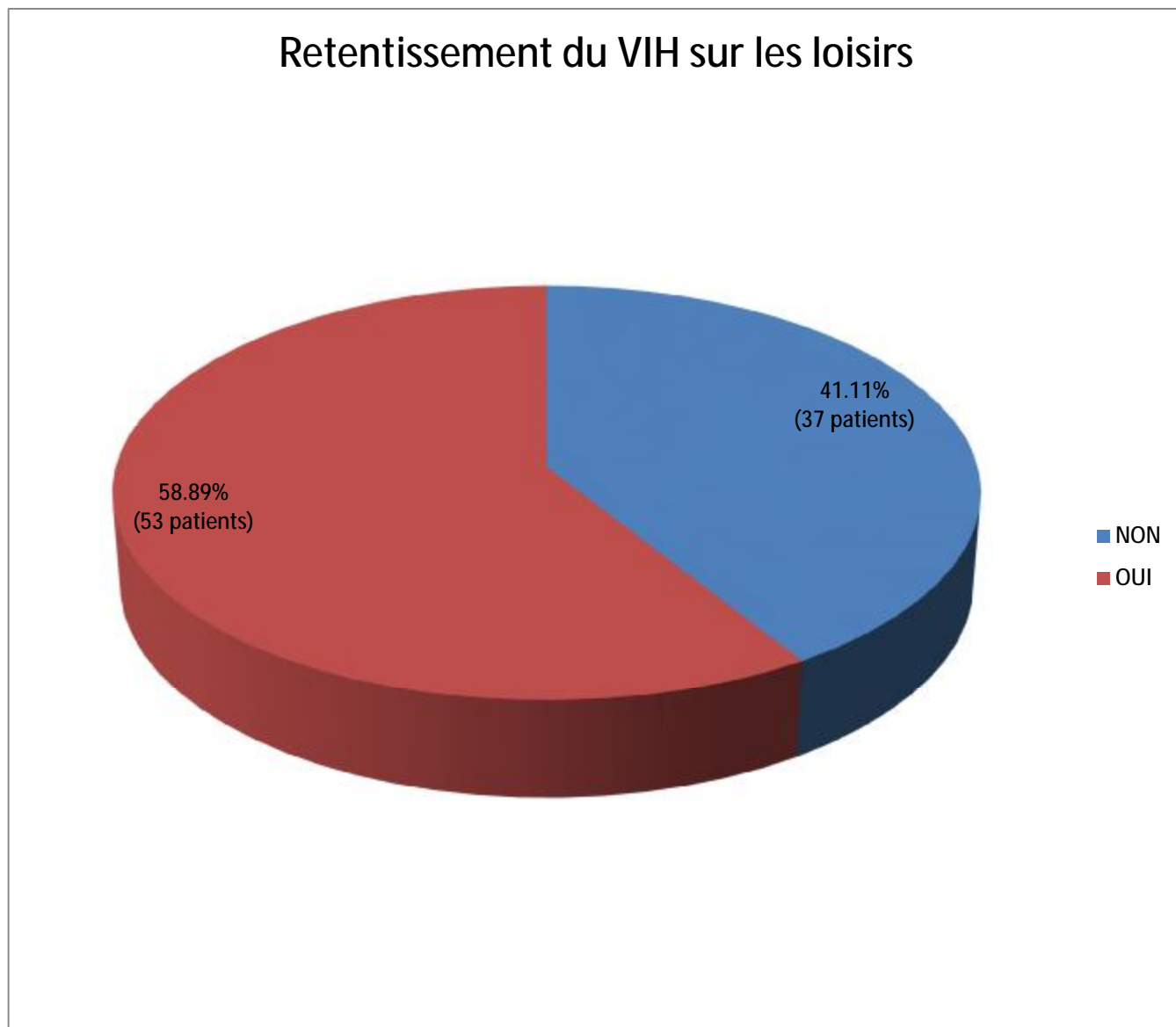
52.52%(N=47) des patients ont affirmé que le VIH a eu un retentissement sur leur travail. (Graphique 21)



Graphique 21:

d- Loisirs :

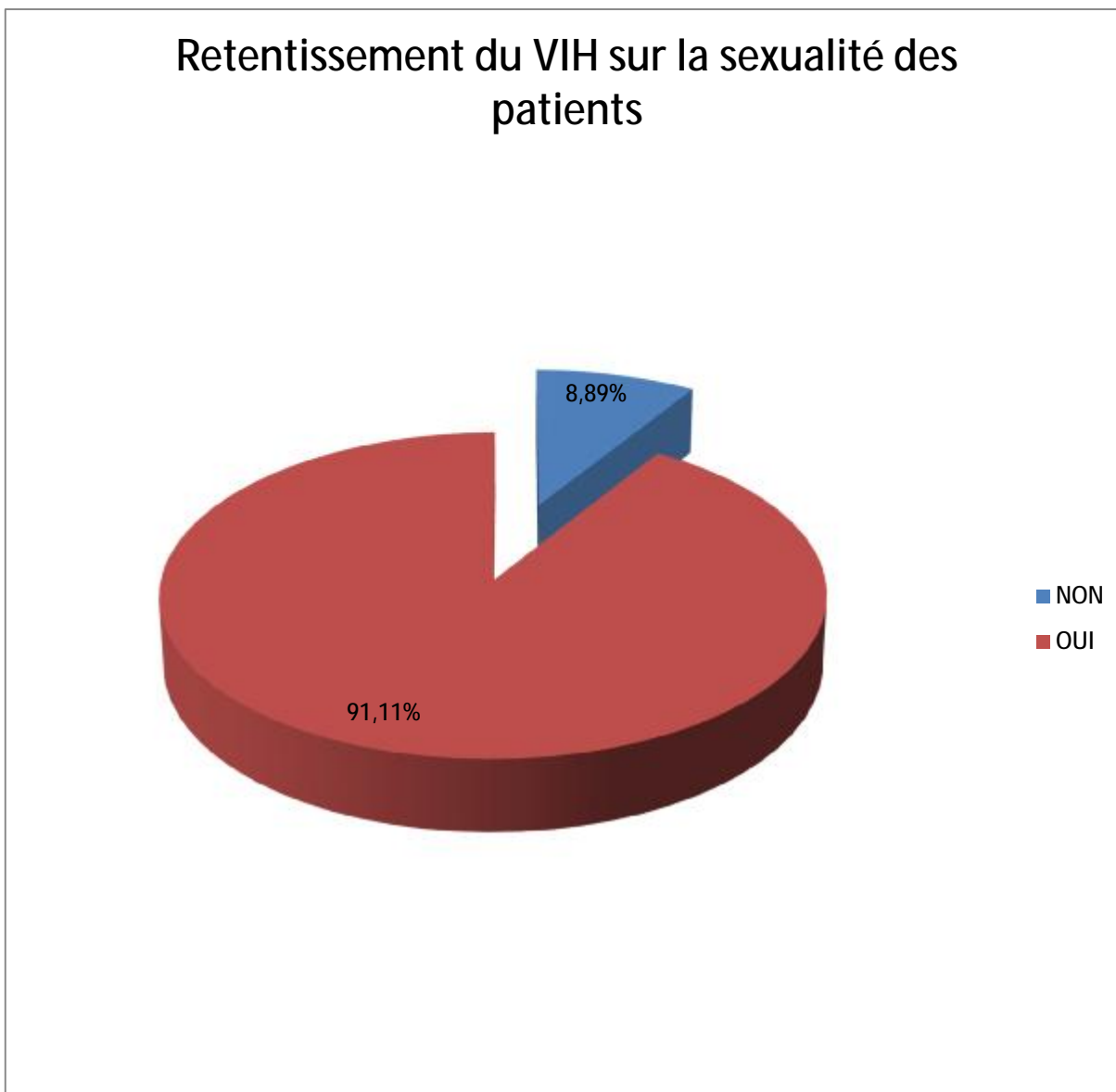
Plus que la moitié (58.89%) des patients de notre série ont déclaré que le VIH a eu un retentissement sur leurs loisirs. (Graphique 22)



Graphique 22 :

e- Sexualité :

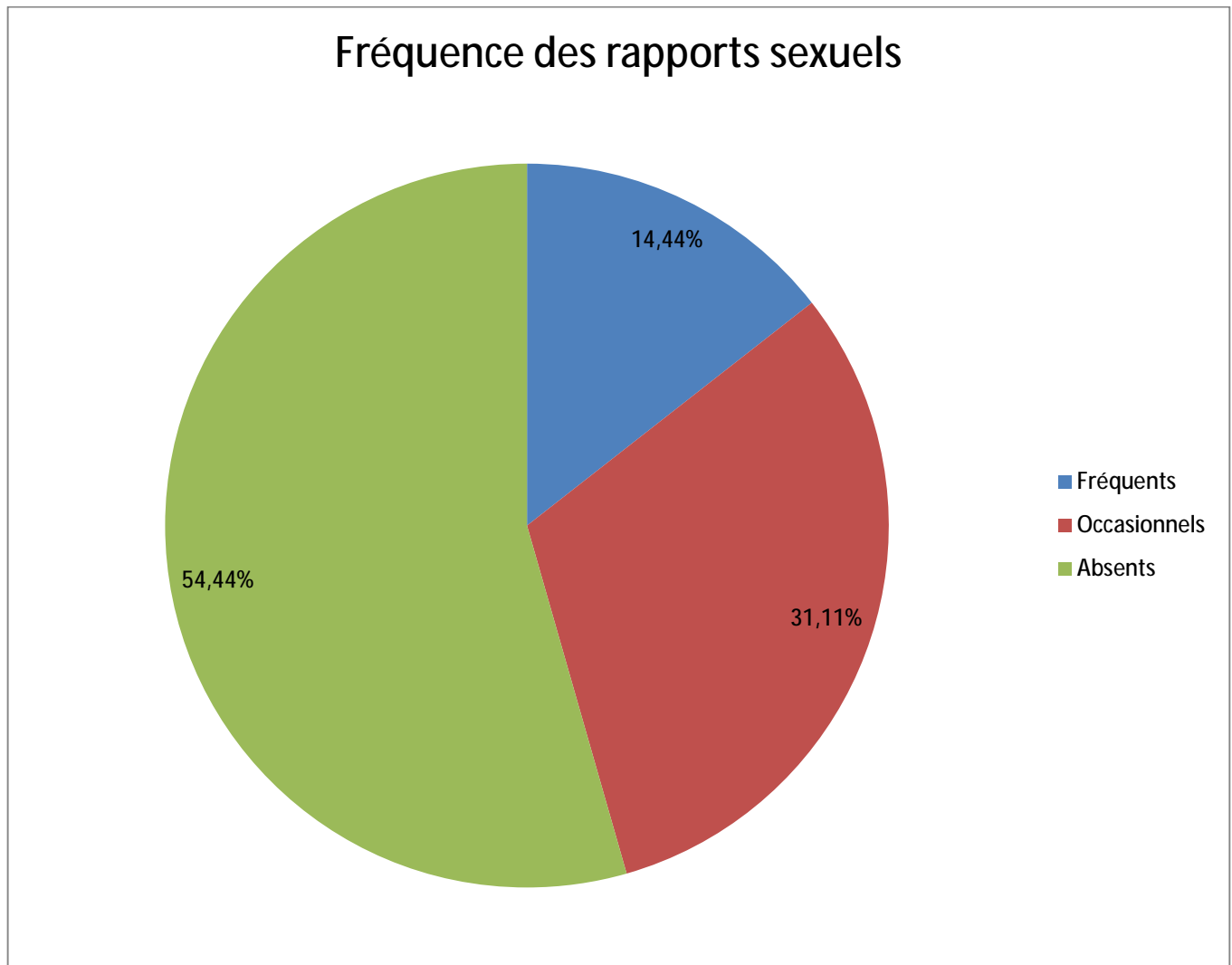
91.11% des patients de notre série ont affirmé que le VIH a eu des répercussions sur leur sexualité. (Graphique 23)



Graphique 23 :

► Fréquence :

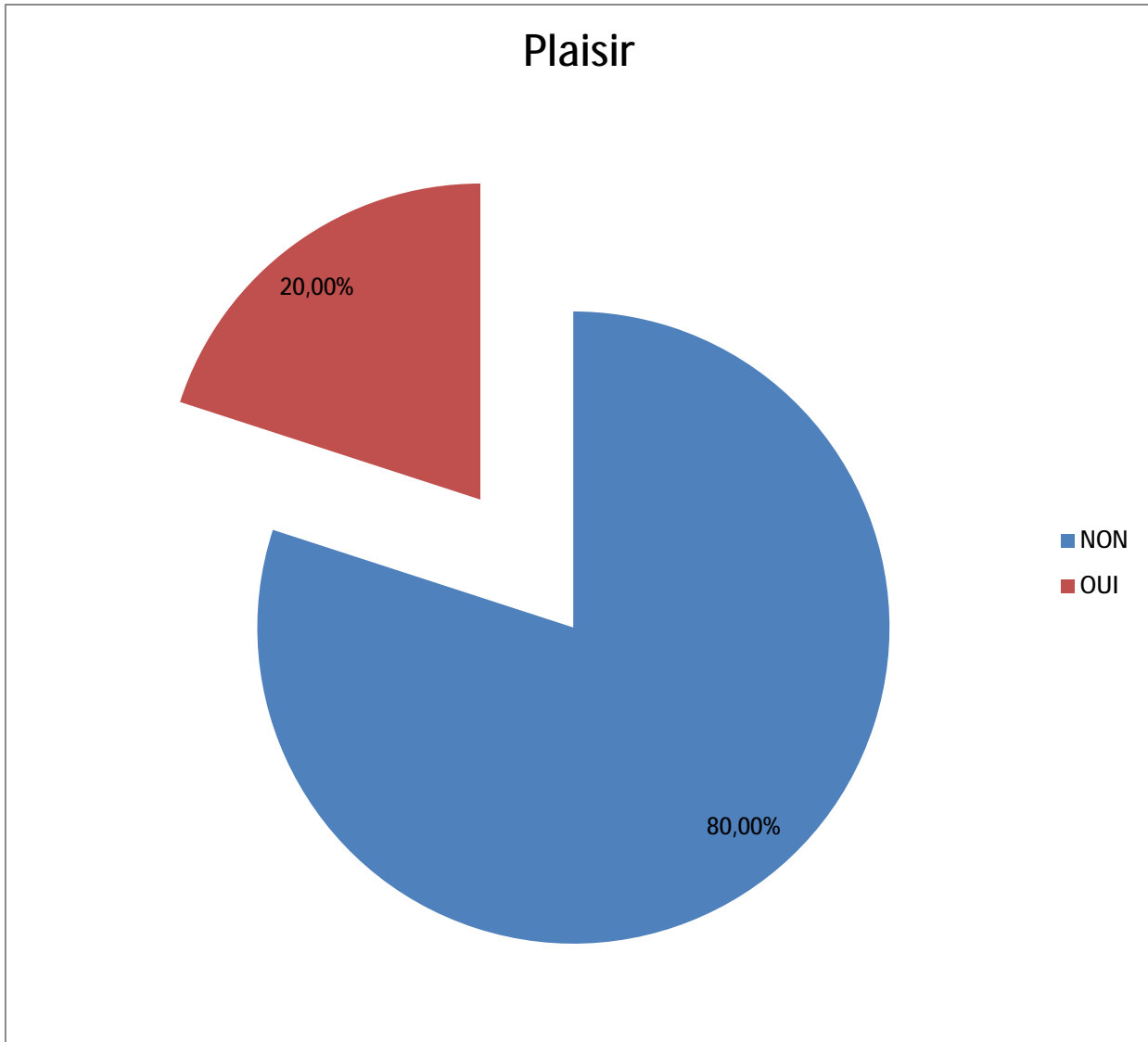
Chez plus de la moitié de nos patients les rapports sexuels étaient absents, chez 31.11% les rapports étaient occasionnels et seuls 14.44% de nos patients avaient des rapports sexuels fréquents. (Graphique 24)



Graphique 24 :

► Plaisir :

Seuls 20% des patients de notre série ont déclaré ressentir du plaisir lors de l'acte sexuel. (Graphique 25)



Graphique 25 :

5- L'évaluation psychiatrique :

a- Les troubles psychiatriques :

L'évaluation par le MINI a révélé les constatations figurées dans le tableau 17

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez nos malades (36.67%), il a été retrouvé chez 33 patients.

25 patients (27.78%) présentaient des troubles anxieux qui représentent le second trouble rencontré chez nos patients.

Seuls 8 patients (8.89%) présentaient un risque suicidaire.

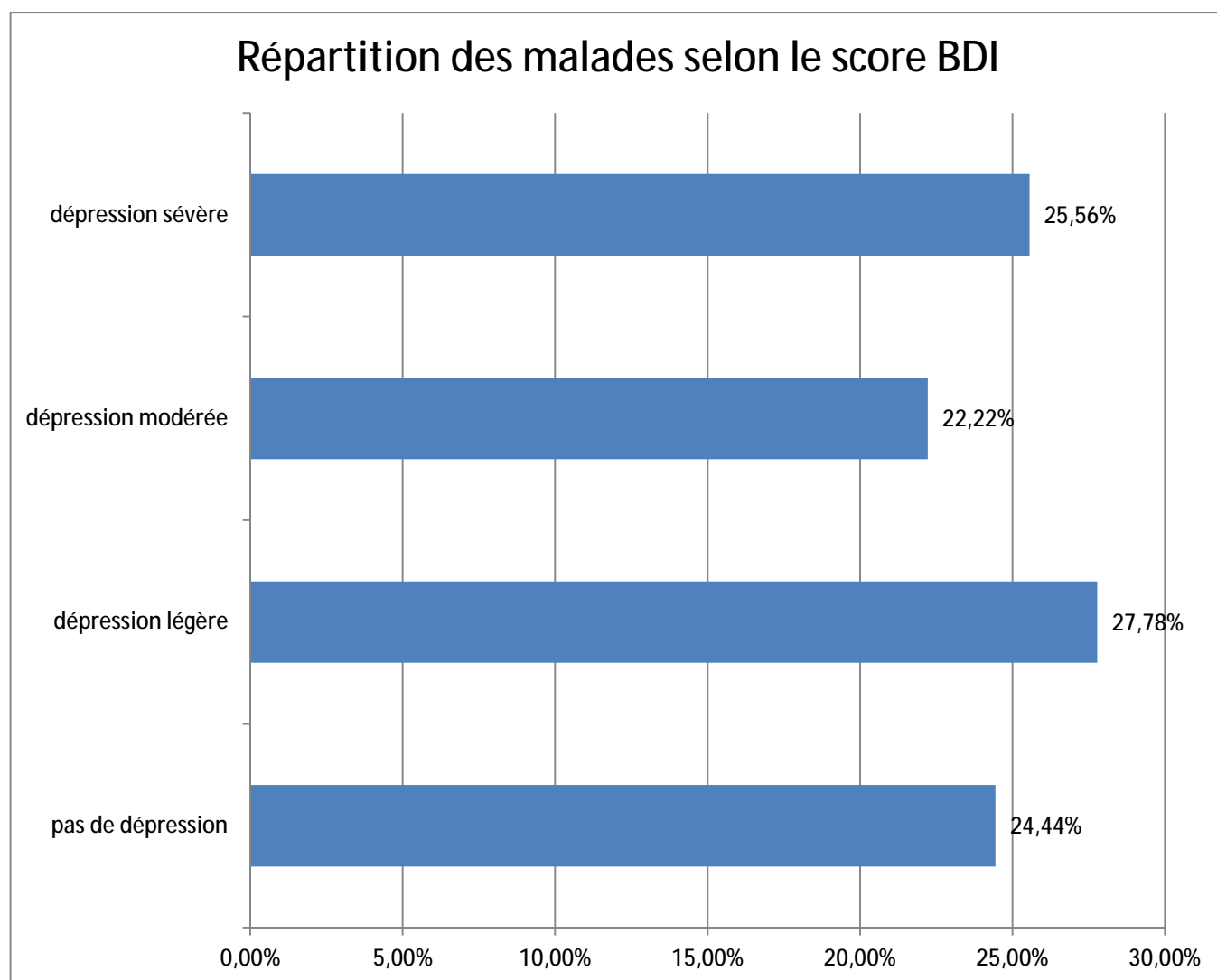
Aucun autre trouble psychiatrique n'a été retrouvé chez nos malades

Tableau 17 : répartition des malades selon les résultats du MINI

	OUI		NON	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Risque suicidaire	8	8.89%	82	91.11%
Dépression	33	36.67%	57	63.33%
Troubles anxieux	25	27.78%	65	72.22%
Autres troubles psychiatriques	0	0%	0	0%

b- La dépression :

selon le score de dépression BDI, 76.67% des patients (soit 69) avaient une dépression légère à sévère: 27.78% des malades avaient une dépression légère avec un score BDI compris entre 4 et 7, 22.22% avaient une dépression modérée avec un score BDI compris entre 8 et 15, 25.56% avaient une dépression sévère avec un score BDI ≥ 16 , alors que 24.44% n'avaient pas de symptômes dépressifs. (Graphique 26)

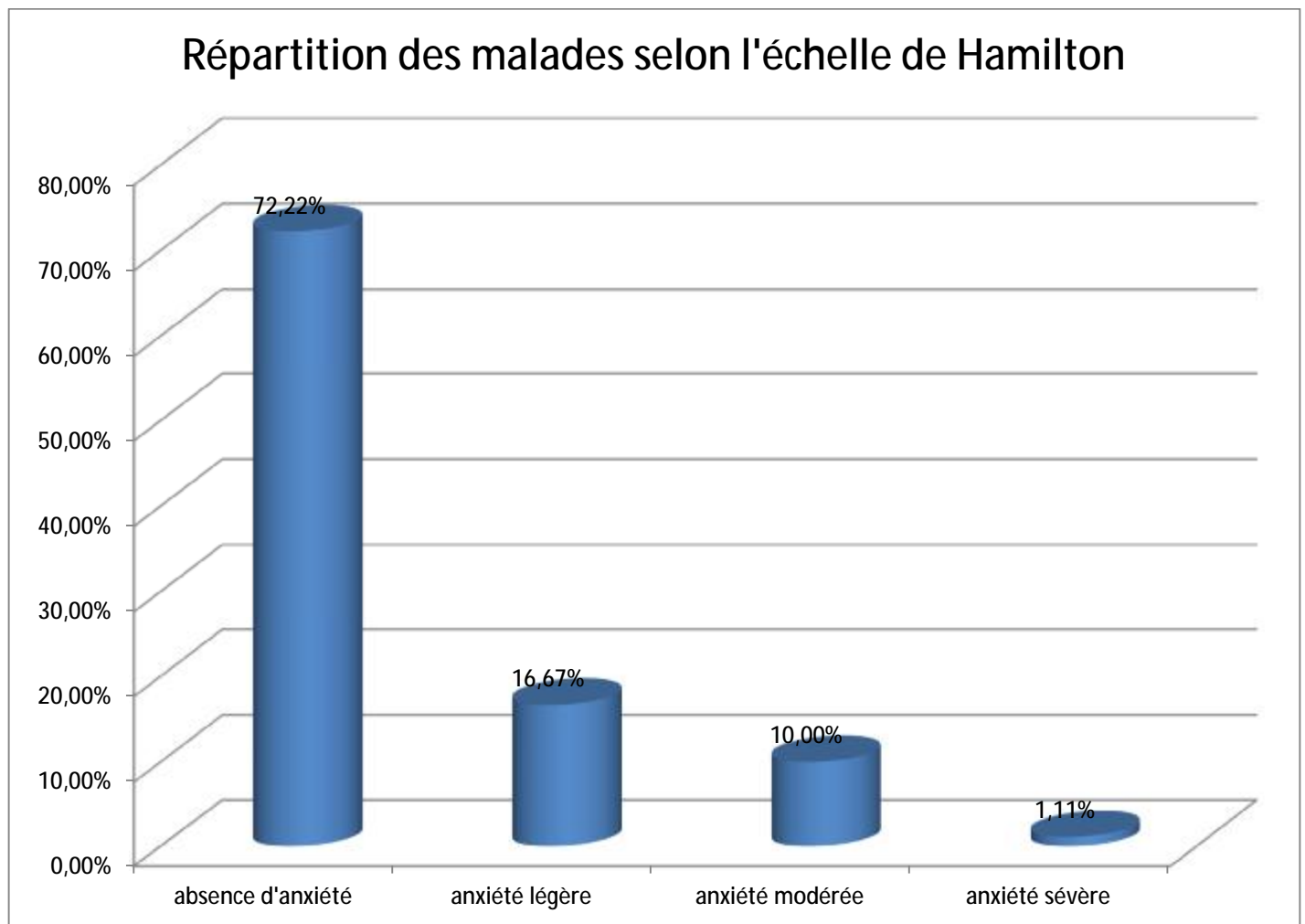


Graphique 26 :

c- L'anxiété :

L'évaluation psychiatrique de l'anxiété selon le questionnaire de Hamilton a objectivé que 72.22% (65 patients) de nos patients n'avaient pas de troubles anxieux alors que 27.78% (25 patients) en avaient, parmi ces derniers, 16.67% (15 patients) avaient une anxiété légère, 10% (9 patients) une anxiété modérée alors que 1.11% (1 patient) avaient une anxiété sévère.

La répartition des patients selon le score Hamilton est représentée dans le Graphique 27.



Graphique 27 :

B- Les résultats analytiques :

Notre étude a concerné 90 patients infectés par le VIH, on a réalisé une étude uni-variée afin de déterminer les facteurs de risque associés à la dépression, l'anxiété et le risque suicidaire chez les patients infectés par le VIH.

1- Analyse uni-variée des facteurs de risque de la dépression :

a- les facteurs sociodémographiques :

L'étude des différents facteurs socio- démographiques, susceptibles d'être prédictifs de la survenue de dépression chez les patients infectés par le VIH, a trouvé que seul un revenu mensuel personnel <2000dh était un facteur de risque ($p < 0,05$), Il n'y avait pas de relation significative entre les autres facteurs et la survenue d'une dépression. (Tableau 18)

Tableau 18 : tableau croisé entre les différents facteurs sociodémographiques et la dépression

	Dépression		p
	Non (n=21)	Oui (n=69)	
Tranche d'âge N(%)			
≤34 ans	4 (12,5%)	28 (87,5%)	0,07
>34 ans	17 (29,3%)	41 (70,7%)	
Sexe N (%)			
Féminin	8 (17,4%)	38 (82,6%)	0,17
Masculin	13 (29,5%)	31 (70,5%)	
Statut marital N(%)			
Non mariés	11 (19,6%)	45 (80,4%)	0,28
Mariés	10 (29,4%)	24 (70,6%)	
milieu de vie N(%)			
Urbain	19 (24,7%)	58 (75,3%)	0,72
Rural	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
Niveau d'étude N(%)			
Non scolarisés	6 (23,1%)	20 (76,9%)	0,97
Scolarisés	15 (23,4%)	49 (76,6%)	
Profession N(%)			
Présente	13 (28,9%)	32 (71,1%)	0,21
Absente	8 (17,8%)	37 (82,2%)	
Revenu personnel N(%)			
<2000dh	14 (18,7%)	61 (81,3%)	<u>0,039</u>
>2000dh	7 (46,7%)	8 (53,3%)	

b- Les facteurs cliniques :

L'étude uni-variée des facteurs cliniques (Tableau 19) a montré que le stade de la maladie était un facteur de risque de survenue de la dépression chez les patients atteints de VIH, deux stades étaient à risque : la phase asymptomatique et le stade C de la maladie : 77,8% des patients asymptomatiques et 83,7% des patients au stade C ont présenté des troubles dépressifs ($p=0,027$).

Tableau 19 : tableau croisé entre les différents facteurs cliniques et la dépression

	Dépression		p
	Non (n=21)	Oui (n=69)	
Antécédents de TS N(%)			
Non	21 (24,7%)	64 (75,3%)	0,58
Oui	0 (0%)	5 (100%)	
Antécédents d'addiction N(%)			
Non	12 (23,5%)	39 (76,5%)	1
Oui	9 (23,1%)	30 (76,9%)	
Durée de la maladie N(%)			
<1an	5 (16,7%)	25 (83,3%)	0,29
>1an	16 (26,7%)	44 (73,3%)	
Stade de la maladie N(%)			
asymptomatique	8 (22,2%)	28 (77,8%)	<u>0,027</u>
Stade B	6 (54,5%)	5 (45,5%)	
Stade C	7 (16,3%)	36 (83,7%)	
Information de l'entourage sur la maladie N(%)			
Non	10 (34,5%)	19 (65,5%)	0,09
Oui	11(18%)	50 (82%)	
Schéma thérapeutique AZT-3TC-EF N(%)			
Non	5 (15,6%)	27 (84,4%)	0,19
Oui	16 (27,6%)	42 (72,4%)	

c- Les facteurs de protection :

On observe que le soutien psycho-familial et l'appartenance à une association ne sont pas des facteurs protecteurs contre la survenue de dépression chez les patients atteints du VIH, puisqu'on note la présence de dépression chez 84,2% des patients qui bénéficient u soutien psychologique de la famille et chez 75,8% des patient qui adhèrent à une association. (Tableau 20)

Tableau 20 : tableau croisé entre les facteurs protecteurs et la dépression :

	Dépression		p
	Non (n=21)	Oui (n=69)	
Soutien psychologique de la famille N(%)			
Non	15 (28,8%)	37 (71,2%)	0,14
Oui	6 (15,8%)	32 (84,2%)	
Adhésion à une association N(%)			
Non	13 (22,8%)	44 (77,2%)	0,87
Oui	8 (24,2%)	25 (75,8%)	

d- Retentissement socioprofessionnel :

Il ya eu une relation significative entre la présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs et sur la sexualité et la survenue de dépression chez les patients atteints du VIH.

L'absence du plaisir lors du rapport sexuel a été retenu comme facteur de risque de survenue de la dépression chez les patients atteints du VIH ($p=0,01$).

Cependant il n'existe pas de lien significatif entre la présence d'un retentissement du VIH sur le travail du patient et la survenue de dépression ($p=0,63$). (Tableau 21)

Tableau 21 : tableau croisé entre le retentissement socioprofessionnel et la dépression

	Dépression		p
	Non (n=21)	Oui (n=69)	
Retentissement du VIH sur le travail N(%)			
Non	11 (25,6%)	32 (74,4%)	0,63
Oui	10 (21,3%)	37 (78,7%)	
Retentissement du VIH sur les loisirs N(%)			
Non	15 (40,5%)	22 (59,5%)	<u>0,01</u>
Oui	6 (11,3%)	47 (88,7%)	
Retentissement du VIH sur la sexualité N(%)			
Non	5 (62,5%)	3 (37,5%)	<u>0,016</u>
Oui	16 (19,5%)	66 (80,5%)	
Plaisir lors du rapport sexuel N(%)			
Absent	11 (15,3%)	61 (84,7%)	<u>0,01</u>
Présent	10 (55,6%)	8 (44,4%)	

e- Conclusion :

L'analyse uni-variée a permis d'identifier certains facteurs de risque de survenue de la dépression au cours du VIH qui sont un revenu personnel < 2000dh, la présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs et la sexualité du patient, l'absence du plaisir lors des rapports sexuels, avec deux périodes à risque qui sont la phase asymptomatique et le stade C de la maladie.

2- Analyse uni-variée des facteurs de risque des troubles anxieux :

a- Les facteurs sociodémographiques :

L'analyse statistique des différents facteurs sociodémographiques (Tableau 22) a permis de dégager 4 variables pouvant être considérées comme des facteurs de risque de survenue des troubles anxieux chez les patients atteints du VIH : le sexe féminin, la non scolarisation, l'absence d'une activité professionnelle et le revenu mensuel personnel < 2000dh. Il a y pas eu de relation significative entre les autres facteurs et la survenue des troubles anxieux.

Tableau 22 : tableau croisé entre les facteurs sociodémographiques et les troubles anxieux

	Troubles anxieux		p
	Non (n=65)	Oui (n=25)	
Tranche d'âge N(%)			
≤34 ans	20 (62,5%)	12 (37,5%)	0,12
>34 ans	45 (77,6%)	13 (22,4%)	
Sexe N (%)			
Féminin	27 (58,7%)	19 (41,3%)	<u>0,003</u>
Masculin	38 (86,4%)	6 (13,6%)	
Statut marital N(%)			
Non mariés	41 (73,2%)	15 (26,8%)	0,78
Mariés	24 (70,6%)	10 (29,4%)	
milieu de vie N(%)			
Urbain	56 (72,7%)	21 (27,3%)	0,74
Rural	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Niveau d'étude N(%)			
Non scolarisés	15 (57,7%)	11 (42,3%)	<u>0,05</u>
Scolarisés	50 (78,1%)	14 (21,9%)	
Profession N(%)			
Présente	40 (88,9%)	5 (11,1%)	<u>0</u>
Absente	25 (55,6%)	20 (44,4%)	
Revenu personnel N(%)			
<2000dh	51 (68%)	14 (32%)	<u>0,05</u>
>2000dh	14 (93,3%)	1 (6,7%)	

b- Les facteurs cliniques :

L'étude des différentes variables cliniques, susceptibles d'être prédictives de la survenue des troubles anxieux chez les patients atteints du VIH, a trouvé que les antécédents de tentative de suicide étaient le seul facteur de risque de la survenue des troubles anxieux au cours du VIH.

Il n'y avait pas de relation significative entre les autres variables cliniques et la survenue des troubles anxieux au cours du VIH. (Tableau 23)

Tableau 23 : tableau croisé entre les facteurs cliniques et les troubles anxieux

	Anxiété		p
	Non (n=65)	Oui (n=25)	
Antécédent de tentative de suicide N(%)			<u>0,02</u>
Non	64 (75,3%)	21 (24,7%)	
Oui	1 (20%)	4 (80%)	
Antécédents d'addiction N(%)			0,38
Non	35 (68,6%)	16 (31,4%)	
Oui	30 (76,9%)	9 (23,1%)	
Durée de la maladie N(%)			0,18
<1an	19 (63,3%)	11 (36,7%)	
>1an	46 (76,7%)	14 (23,3%)	
Stade de la maladie N(%)			0,34
Asymptomatique	28 (77,8%)	8 (22,2%)	
Stade B	9 (81,8%)	2 (18,2%)	
Stade C	28 (65,1%)	15 (34,9%)	
Information de l'entourage sur la maladie N(%)			0,59
Non	22 (75,9%)	7 (24,1%)	
Oui	43 (70,5%)	18 (29,5%)	
Schéma thérapeutique AZT-3TC-EF N(%)			0,29
Non	21 (65,6%)	11 (34,4%)	
Oui	44 (75,9%)	14 (24,1%)	

c- La réaction psychologique à l'annonce de la séropositivité :

L'analyse statistique uni-variée a trouvé une relation significative entre la survenue de troubles anxieux et la réaction par une symptomatologie anxio-dépressive à l'annonce de la séropositivité ($p=0,03$).

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la survenue de troubles anxieux et la réaction par l'angoisse ou la persécution. (Tableau 24)

Tableau 24 : tableau croisé entre la réaction psychologique à l'annonce de la séropositivité et les troubles anxieux

	Anxiété		p
	Non (n=65)	Oui (n=25)	
Angoisse N(%)			
Non	22 (75,9%)	7 (24,1%)	0,59
Oui	43 (70,5%)	18 (29,5%)	
Persécution N(%)			
Non	61 (70,9%)	25 (29,1%)	0,57
Oui	4 (100%)	0 (0%)	
Symptomatologie anxio-dépressive N(%)			
Non	26 (86,7%)	4 (13,3%)	<u>0,03</u>
Oui	39 (65%)	21 (35%)	

d- Les facteurs de protection :

Les troubles anxieux étaient plus fréquents chez les patients qui adhèrent à une association que chez ceux qui n'y adhèrent pas (42,4% vs 19,3%, $p=0,01$), ceci nous conduit à conclure que l'adhésion à une association constitue dans ce cas un facteur de risque de survenue des troubles anxieux chez nos patients atteints du VIH et non un facteur de protection.

Il n'y a pas eu de relation significative entre le soutien psychologique de la famille et la survenue de troubles anxieux ($p=0,49$). (Tableau 25)

Tableau 25 : tableau croisé entre les facteurs de protection et les troubles anxieux

	Anxiété		P
	Non (n=65)	Oui (n=25)	
Soutien psychologique de la famille N(%)			
Non	39 (75%)	13 (25%)	0,49
Oui	26 (68,4%)	12 (31,6%)	
Adhésion à une association N(%)			
Non	46 (80,7%)	11 (19,3%)	0,01
Oui	19 (57,6%)	14 (42,4%)	

e- Le retentissement socioprofessionnel :

La présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs du patient et l'absence du plaisir lors des rapports sexuels représentent des facteurs de risque de survenue des troubles anxieux chez les malades de notre série ($p=0,01$)

En revanche le retentissement du VIH sur le travail et sur la sexualité ne sont pas considérés comme facteurs favorisant la survenue des troubles anxieux chez les patients de notre échantillon. (Tableau 26)

Tableau 26 : tableau croisé entre le retentissement socioprofessionnel et les troubles anxieux

	Troubles anxieux		P
	Non (n=65)	Oui (n=25)	
Retentissement du VIH sur le travail N(%)			
Non	31 (72,1%)	12 (27,9%)	0,97
Oui	34 (72,3%)	13 (27,7%)	
Retentissement du VIH sur la sexualité N(%)			
Non	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0,43
Oui	58 (70,7%)	24 (29,3%)	
Retentissement du VIH sur les loisirs			
Non	32 (86,5%)	5 (13,5%)	<u>0,01</u>
Oui	33 (62,3%)	20 (37,7%)	
Plaisir sexuel N(%)			
Absent	48 (66,7%)	24 (33,3%)	<u>0,01</u>
Présent	17 (94,4%)	1 (5,6%)	

f- Conclusion :

L'analyse statistique uni-variée des différents facteurs a permis de dégager les variables pouvant être considérées comme des facteurs de risque de survenue des troubles anxieux chez les patients atteints du VIH qui sont: le sexe féminin, la non scolarisation, l'absence d'une activité professionnelle, le revenu mensuel personnel < 2000dh, l'antécédent de tentative de suicide, la réaction par une symptomatologie anxio-dépressive à l'annonce de la séropositivité, l'adhésion à une association, la présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs du patient et l'absence du plaisir lors des rapports sexuels.

3- Analyse uni-variée des facteurs prédictifs du risque suicidaire :

L'étude des différentes variables, susceptibles d'être prédictives du risque suicidaire, a trouvé que les antécédents personnels de tentative de suicide étaient le seul facteur de risque.

Il n'y avait pas de relation significative entre les autres variables et le risque suicidaire. (Tableau 27)

Tableau 27 : tableau croisé entre les différentes variables et le risque suicidaire

	Risque suicidaire		P
	Non	oui	
Tranche d'âge N(%)			
≤34 ans	29 (90,6%)	3 (9,4%)	1
>34 ans	53 (91,4%)	5 (8,6%)	
Sexe N (%)			
Féminin	40 (87%)	6 (13%)	0,26
Masculin	42 (95,5%)	2 (4,5%)	
Statut marital N(%)			
Non mariés	51 (91,1%)	5 (8,9%)	1
Mariés	31 (91,2%)	3 (8,8%)	
milieu de vie N(%)			
Urbain	71 (92,2%)	6 (7,8%)	0,32
Rural	11 (84,6%)	2 (15,4%)	
Niveau d'étude N(%)			
Non scolarisés	22 (84,6%)	4 (15,4%)	0,22
Scolarisés	60 (93,8%)	4 (6,2%)	
Profession N(%)			
présente	42 (93,3%)	3 (6,7%)	0,71
absente	40 (88,9%)	5 (11,1%)	
Revenu personnel N(%)			
<2000dh	67 (89,3%)	8 (10,7%)	0,34
>2000dh	15 (100 %)	0 (0%)	
Antécédent de TS N(%)			
Non	81 (95,3%)	4 (4,7%)	0
Oui	1 (20%)	4 (80%)	
Antécédents d'addiction N(%)			
Non	46 (90,2%)	5 (9,8%)	1
Oui	36 (92,3%)	3 (7,7%)	
Durée de la maladie N(%)			
<1an	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0,26
>1an	53 (88,3%)	7 (11,7%)	
Stade de la maladie N(%)			
asymptomatique	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0,22
Stade B	10 (90,9%)	1 (9,1%)	
Stade C	37 (86%)	6 (14%)	
Soutien psychologique de la famille N(%)			
Non	47 (90,4%)	5 (9,6%)	1
Oui	35 (92,1%)	3 (7,9%)	
Adhésion à une association N(%)			
Non	54 (94,7%)	3 (5,3%)	0,13
Oui	28 (84,8%)	5 (15,2%)	
Retentissement du VIH sur le travail N(%)			
Non	41 (95,3%)	2 (4,7%)	0,27
Oui	41 (87,2%)	6 (12,8%)	
Retentissement du VIH sur les loisirs N(%)			
Non	34 (91,9%)	3 (8,1%)	1
Oui	48 (90,6%)	5 (9,4%)	
Retentissement du VIH sur la sexualité N(%)			
Non	8 (100%)	0 (0%)	1
Oui	74 (90,2%)	8 (9,8%)	

V- DISCUSSION :

A- La prévalence des troubles psychiatriques :

La survenue des troubles psychiatriques chez les patients atteints du VIH a été décrite dans de nombreux travaux, la dépression est la manifestation la plus souvent rapportée et la mieux étudiée. L'importance de ces manifestations psychiatriques réside d'une part, dans le fait qu'ils peuvent être la source d'une souffrance psychique pour les malades pouvant aller jusqu'au suicide et également d'une souffrance pour l'entourage du malade. D'autre part, ces troubles peuvent être responsables d'une réduction des doses voire d'arrêt définitif du traitement antirétroviral, ce qui aura comme conséquence la progression de l'infection à VIH.

1- La dépression :

Dans notre série, la dépression représente la manifestation psychiatrique la plus fréquente, selon le score BDI, la prévalence de la dépression chez nos patients est de 76,67%, ce résultat est concordant avec ceux retrouvés par Badiee et al. [17] L'akoa et al. [48], X. Su et al. [18], et Heckman et al. [162] mais il est beaucoup plus élevé que les résultats retrouvés dans d'autres études notamment celles de Song JY et al. [28], Silveira et al. [137] et Quereda et al. [163]. (Tableau 28)

Cette différence peut être due, aux instruments diagnostiques utilisés. La prévalence devient plus basse si on se base uniquement sur les critères de DSM IV. Par contre elle est plus élevée en cas d'utilisation des échelles d'évaluation.

Un autre élément qui s'ajoute dans la disparité des résultats du taux de la prévalence de la dépression réside dans le fait que certains auteurs ont retenu seulement les scores de la forme grave de la dépression alors que d'autre ont inclus toutes les dépressions quel que soit l'intensité ce qui a rendu leur résultats plus importants que les premiers.

Un autre élément qui peut expliquer cette disparité des résultats c'est l'hétérogénéité des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 28 : comparaison de la prévalence de la dépression entre les différentes études

auteur	année	Taille de l'échantillon	Prévalence de la dépression
Heckman et al. [162]	2007	299	71%
Quereda et al. [163]	2008	266	17,4%
Badiee et al. [17]	2012	1560	63%
Silveira et al. [137]	2012	246	32%
Song JY, et al. [28]	2013	82	21%
X. Su et al. [18]	2013	258	71,9%
L'akoa et al. [48]	2013	100	63%
Notre étude	2014	90	76,66%

2- Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux représentent le second trouble psychiatrique noté dans notre série avec une prévalence de 27,78% selon le score de Hamilton. Ce résultat est concordant avec les résultats d'autres études (Tableau 29) notamment celles de Song JY, et al. [28], A.O. Adewuya et al. [164], et Olagunju AT et al. [165] qui ont trouvé respectivement des prévalences de troubles anxieux de 38%, 34,1% et 21,7%.

Notre résultat est plus élevé que celui de l'étude faite par Parhami I et al. [135] où la prévalence des troubles anxieux était de 16%.

Tableau 29 : comparaison de la prévalence des troubles anxieux entre les différentes études

auteur	année	Taille de l'échantillon	Prévalence des troubles anxieux
A.O. Adewuya et al. [164]	2007	88	34 ,1%
Olagunju AT, et al. [165]	2012	300	21,7%
Song JY, et al. [28]	2013	82	38%
Parhami I, et al. [135]	2013	7834	16%
Notre étude	2014	90	27,78%

3- Le risque suicidaire :

La prévalence du risque suicidaire dans notre étude est estimée à 8,89%, ceci est concordant avec le résultat trouvé par Kinyanda qui et al. [90] qui a trouvé une prévalence de 7,8% mais discordant avec la majorité des résultats de la littérature où la prévalence est beaucoup plus élevée que la notre (Tableau 30). Cette différence peut être due, comme c'est cité ci-dessus, aux instruments diagnostiques utilisés. La prévalence devient plus basse si on se base uniquement sur les critères de DSM IV (le cas de notre étude, pour le risque suicidaire on s'est basé uniquement sur le MINI). Par contre elle est plus élevée en cas d'utilisation des échelles d'évaluation spécifiques.

Cette différence est due également aux différences qui existent entre les risques suicidaires chez les populations étudiées indépendamment de leur infection par le VIH. Les sous populations à risque à l'ouest (les homosexuels et les utilisateurs de drogues injectables) ont un risque accru de tendances suicidaires indépendant de leur statut sérologique pour le VIH, ce qui contraste avec le faible risque suicidaire chez la population générale mariée de manière hétérosexuelle qui constituent aujourd'hui la plus grande catégorie à risque pour les nouvelles infections à VIH dans notre pays.

Tableau 30 : comparaison de la prévalence du risque suicidaire entre les différentes études

L'auteur	Année	Taille de l'échantillon	Prévalence du risque suicidaire
Carrico et al. [86]	2007	2909	19%
Badiee et al. [17]	2012	1560	26%
Sherr et al. [87]	2008	1006	31%
Robertson et al. [88]	2006	246	56%
Kinyanda et al. [90]	2012	618	7,8%
Notre étude	2014	90	8,89%

B- Les facteurs de risque :

Dans notre étude plusieurs variables ont été analysées afin d'identifier les facteurs prédictifs de la survenue de la dépression, de l'anxiété et du risque suicidaire chez les patients atteints du VIH.

1- Les facteurs sociodémographiques :

a- L'âge :

Dans notre série la moyenne d'âge était de 38,9 ans, Il n'y avait aucune association entre l'âge et l'apparition de dépression, de troubles anxieux ou de risque suicidaire chez nos malades.

Dans la littérature les résultats concernant l'âge sont à la fois peu nombreux et contradictoires, la dépression a été associée à la fois au jeune âge et à un âge avancé [35,39], le trouble d'anxiété généralisée semble être plus fréquent chez les personnes âgées et le trouble bipolaire plus fréquent chez les plus jeunes [166].

b- Le sexe :

Dans notre série on a trouvé que le sexe féminin était un facteur de risque de la survenue de l'anxiété chez les patients atteints du VIH alors qu'il n'y avait aucune relation significative entre le sexe et la dépression ou le risque suicidaire.

Dans la littérature Certaines études ont suggéré que les femmes atteintes du VIH sont plus vulnérables aux troubles psychiatriques que les hommes .D'autres n'ont pas trouvé que le sexe était un facteur de risque :

Carrico et al. [86] n'ont trouvé aucune différence dans la survenue d'idées suicidaires entre les deux sexes dans leur étude. Kinyanda et al. [90] ont trouvé que le sexe féminin confère un risque 3fois plus élevé de suicidalité par rapport au sexe masculin, cette prédominance féminine a été observée dans certaines études notamment en Afrique du Sud [134] et en France [89], mais n'a pas été observé dans d'autres [87].

M. Nacher et al. [27] ont trouvé dans leur étude que le sexe féminin était un facteur de risque pour la dépression et l'anxiété, Elenga et al. [26] ont constaté que la dépression était plus fréquente chez les femmes de leur étude.

c- Le statut marital :

Dans notre étude, seuls 37,78% des patients étaient mariés, et il n'y avait aucune relation significative entre le statut marital et la survenue de troubles psychiatriques que ça soit la dépression, les troubles anxieux ou le risque suicidaire. Ceci rejoint les résultats de la littérature où la grande majorité des études [28, 167, 168] n'ont pas trouvé que le statut marital était un facteur de risque de survenue des troubles psychiatriques au cours du VIH. Seuls quelques auteurs ont affirmé le contraire notamment A.O. Adewuya et al. [164] qui ont montré que le statut marital représentait un facteur de risque de survenue de risque suicidaire au cours du VIH et Carrico et al. [86] qui ont montré que les individus qui étaient en couple étaient moins susceptibles de déclarer des idées suicidaires en raison du soutien social de la part du partenaire [132, 133].

d- Le niveau d'études :

71,11 % de nos malades étaient scolarisés, l'étude analytique n'a pas trouvé de lien significatif entre le niveau d'études et la survenue de dépression ou du risque suicidaire.

En ce qui concerne les troubles anxieux : alors que seuls 21,9% des patients scolarisés ont présenté des troubles anxieux, 42,3% des patients qui n'ont jamais fait d'études les ont présentés ($p=0,05$), on en déduit que la non scolarisation représente un facteur de risque de survenue de troubles anxieux chez les patients atteints du VIH.

Dans la littérature, les auteurs se sont intéressés à la relation entre niveau d'études et survenue de troubles psychiatriques au cours du VIH, certains n'ont pas

trouvé de relation significative entre ces 2 variables [137, 164, 167], alors que d'autres ont trouvé que la non scolarisation ou le faible niveau d'éducation représentaient un facteur de risque de survenue des troubles psychiatriques au cours du VIH [18, 35, 168].

e- L'activité professionnelle :

Notre étude a affirmé l'existence d'un lien très fort entre l'absence d'activité professionnelle et l'existence de troubles anxieux chez les patients infectés par le VIH ($p < 0,05$), alors qu'il n'y avait aucune relation significative entre l'activité professionnelle et la dépression ou le risque suicidaire.

Dans la littérature le chômage a été associé avec des prévalences élevées de troubles psychiatriques au cours du VIH [28, 135] alors que la présence d'une activité professionnelle était associée avec une meilleure santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH [136].

f- Le revenu mensuel personnel :

Dans notre étude les patients dont le revenu personnel mensuel était inférieur à 2000dh ont fait plus de dépression et de troubles anxieux que ceux dont le revenu était supérieur à 2000dh ($p < 0,05$).

Il n'y avait par contre aucune relation significative entre revenu mensuel personnel et risque suicidaire.

Les résultats de la littérature concernant le revenu sont assez cohérents, les troubles psychiatriques ont été associés dans la majorité des études aux indicateurs de l'insécurité financière à savoir l'absence ou le faible revenu personnel, et la dépendance financière aux autres [35, 39, 137, 169, 170]. Seuls quelques auteurs notamment Adewuya et al. [164] n'ont pas réussi à trouver une association significative entre le statut socio-économique et la morbidité psychiatrique.

2- Les facteurs cliniques :

a- Les antécédents personnels de tentative de suicide :

Dans notre série l'antécédent personnel de tentative de suicide représentait un facteur de risque de survenue des troubles anxieux et du risque suicidaire, alors qu'il y avait aucune relation significative entre antécédent de TS et survenue de la dépression chez nos patients atteints du VIH.

Dans la littérature les antécédents psychiatriques et les antécédents de TS représentent des facteurs de risque potentiels de survenue de troubles psychiatriques au cours du VIH, Bellini et Bruschi [151] dans une revue des études faites sur le VIH et la suicidalité ont souligné que les tentatives de suicide se produisent principalement chez des personnes avec des antécédents psychiatriques, ou ayant déjà commis une tentative de suicide ou dépendants aux drogues. Des études plus récentes ont également rapporté une association entre suicidalité et détresse psychologique [87, 147] et suicidalité et trouble dépressif majeur [90, 152] chez les patients vivant avec le VIH.

Certains auteurs n'ont pas trouvé de relation significative entre antécédents personnels psychiatriques et survenue de troubles psychiatriques au cours du VIH, notamment Kinyanda et al. [167] qui n'a pas trouvé que les antécédents personnels psychiatriques représentaient un facteur de risque pour le trouble dépressif majeur.

b- Les antécédents d'addiction :

Dans notre série les antécédents d'addiction ne représentent pas un facteur de risque de survenue des troubles psychiatriques que ça soit la dépression, les troubles anxieux ou le risque suicidaire.

Nos résultats rejoignent les résultats retrouvés par certains auteurs, notamment M. Nacher et al. [27] qui ont rapporté dans leur étude faite en Guyane Française que l'addiction aux drogues ne représentait pas un facteur de risque pour la dépression.

Pour d'autres auteurs les antécédents d'addiction sont un facteur de risque de survenue des troubles psychiatriques au cours du VIH, dans l'étude de Carrico et al. [86] l'utilisation régulière de marijuana était associée à la survenue d'idées suicidaires, une autre étude a montré que la dépendance au cannabis était associée à un risque accru d'un trouble dépressif majeur [146].

c- La durée de la maladie :

Dans notre étude il y avait aucune relation significative entre la durée de la maladie et la survenue de troubles psychiatriques.

Dans la littérature les résultats concernant le temps écoulé depuis le diagnostic ne sont pas claires et doivent être examinés par d'autres recherches [39,166, 171].

d- Le stade de la maladie :

Dans notre étude, aucune relation significative n'a été trouvée entre stade de la maladie et troubles anxieux ou risque suicidaire au cours du VIH.

Concernant la symptomatologie dépressive, 77,8% des patients asymptomatiques et 83,7% des patients qui sont au stade C de la maladie ont présenté une dépression, on n'en déduit que ces deux stades représentent des périodes à risque de survenue de dépression chez les patients infectés par le VIH.

La haute prévalence des symptômes dépressifs au cours de la phase asymptomatique peut être due à plusieurs facteurs essentiellement à la détresse psychologique engendrée par l'annonce de la séropositivité, en faveur de cette hypothèse, Lyketsos et al. [51] ont constaté que les problèmes d'adaptation et la détresse psychologique engendrée par l'annonce de la séropositivité peuvent expliquer la haute prévalence de la morbidité psychiatrique chez les patients atteints du VIH nouvellement diagnostiqués. A l'opposé, d'autres études ont montré une faible augmentation de la détresse psychologique suite à l'annonce de la séropositivité,

suggérant que les réactions d'adaptation ne jouent pas un rôle important dans la morbidité psychiatrique chez les patients atteints du VIH [52, 53].

Notre résultat concernant la prévalence élevée de dépression au cours du stade C de la maladie est concordant avec la majorité des résultats retrouvés dans la littérature.

Dans la littérature plusieurs auteurs ont étudié la relation entre sévérité de la maladie et survenue de troubles psychiatriques au cours du VIH, un stade avancé de la maladie, un faible taux de CD4, une charge virale élevée, des symptômes physiques importants ont été associés avec une mauvaise qualité de vie et des niveaux plus élevés de troubles psychiatriques [35, 38, 164, 172].

Peu d'auteurs ont rapporté des résultats différents dans leurs études, Elenga et al. [26] par exemple, n'ont pas trouvé de relation significative entre un faible taux de CD4 et la dépression, Song JY, et al. [28] ont rapporté dans leur étude que le taux de CD4 et le nombre de copies d'ARN ne sont pas associés à la dépression, et dans la méta-analyse de Ciesla et al. [44] la dépression ne semble pas être corrélée avec le stade de la maladie.

e- La réaction psychologique à l'annonce de la séropositivité :

Dans notre étude, les patients qui ont réagi par une symptomatologie anxio-dépressive à l'annonce de la séropositivité ont présenté plus de troubles anxieux par la suite, ceci est concordant avec les résultats de la littérature qui ont montré qu'un style d'adaptation positif et un esprit combatif ont un effet protecteur contre la survenue des troubles psychiatriques [147, 152], alors qu'un mauvais style d'adaptation après l'annonce de la séropositivité [90] expose à un risque élevé de développer des troubles psychiatriques au cours du VIH.

3- Les facteurs de protection :

Dans notre étude le soutien psychologique de la famille et l'adhésion à une association n'étaient pas des facteurs protecteurs contre la survenue des troubles psychiatriques au cours de la maladie.

Dans la littérature plusieurs facteurs de protection ont été étudiés, notamment l'appartenance à des groupes psycho-sociaux de soutien, Sikkema et al. [173] ont constaté une meilleure qualité de vie chez les patients infectés par le VIH à la suite de l'intervention d'un groupe de soutien pour aider les patients à faire face au SIDA, selon Freeman et al. [38] les patients qui faisaient partie d'un groupe de soutien étaient significativement moins susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble mental que ceux qui n'avaient jamais fait partie d'un groupe.

La littérature suggère également que le soutien social informel est essentiel à la santé mentale des personnes vivant avec le VIH, ce soutien peut provenir de diverses sources y compris la famille, les amis et les conjoints ou partenaires, ainsi que le personnel de santé [38], trois types de soutien social ont été identifiés: émotionnel, caractérisé par l'affection, le soutien moral et l'encouragement; informationnel, qui vise à améliorer les connaissances sur la maladie; et le soutien instrumental, qui implique une assistance pratique sous la forme de ressources financières. Ashton et al. [174] ont constaté que les personnes qui avaient un soutien social satisfaisant se plaignaient moins des symptômes liés au VIH, et Serovich et al. (2001 e) ont trouvé une forte corrélation entre le soutien social et la santé mentale, d'autres études ont montré qu'un faible soutien social a été associé aux troubles dysthymiques, à une mauvaise qualité de vie et à des niveaux plus élevés de l'ensemble des morbidités psychiatriques [164, 171, 176].

L'appartenance à une association ou une organisation pour personnes atteintes du VIH peut constituer également un facteur protecteur contre la survenue des

troubles psychiatriques, dans l'étude de Freeman et al. [38] 96% des patients qui faisaient partie d'une telle organisation ont déclaré que cela leur a été très utile pour faire face à leur séropositivité, mais il n'y avait pas une relation statistiquement significative entre troubles psychiatriques et adhésion à une association.

4- Le retentissement socioprofessionnel :

Dans notre étude, la présence d'un retentissement sur les loisirs et la sexualité du patient, ainsi que l'absence du plaisir lors des rapports sexuels représentent des facteurs de risque de survenue de dépression au cours du VIH et la présence d'un retentissement sur les loisirs et l'absence du plaisir sexuel représentent des facteurs de risque pour la survenue de troubles anxieux au cours de l'évolution du VIH.

A notre connaissance, aucune étude n'a été faite pour rechercher une relation significative entre la présence d'un retentissement socioprofessionnel du VIH et la survenue de troubles psychiatriques.

CONCLUSION

Le rôle du sida en tant que « révélateur social » a été souligné dès le début de l'épidémie, aujourd'hui, la réflexion sur l'accès aux soins, le prix des génériques, le poids de l'épidémie sur le devenir de certains pays, se fait dans une perspective de mondialisation.

Les personnes atteintes par le VIH ont à faire face à des problèmes de santé, mais pour une part d'entre eux également à une précarité qui entrave la prise en charge.

Psychiquement, les impératifs de jouissance de la société contemporaine sont radicalement mis en échec par une atteinte qui ramène sans cesse le sujet à une incomplétude définitive : le virus, même quiescent, sera toujours présent. Dans ce cadre, les troubles psychiatriques ne sont pas rares.

De nombreux articles ont été publiés sur les troubles psychiatriques chez les personnes infectées par le VIH, mais aucune étude n'a été faite au Maroc, d'où l'intérêt de notre travail qui avait pour objectifs d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques au cours du VIH et de rechercher les facteurs de risque de survenue de ces troubles. Les résultats recueillis présentent dans la majorité des cas des similitudes avec celles relevées dans les différentes études réalisées dans ce sens, et ont permis d'insister sur la prévalence élevée des troubles anxio-dépressifs chez les patients séropositifs au VIH. Certains facteurs de risque de leur survenue ont été identifiés dans notre série. Ces résultats doivent faire proposer un suivi psychiatrique régulier chez ces sujets, avec l'utilisation des tests psychométriques qui permettent de prédire la survenue des troubles psychiatriques, leur diagnostic précoce et leur prise en charge appropriée afin d'optimiser l'adhésion au traitement antirétroviral.

Des traitements psychotropes efficaces sont actuellement disponibles, mais une attention particulière doit être portée aux interactions pharmacologiques. Des traitements psychothérapeutiques doivent aussi être envisagés. La psychiatrie de

liaison peut exercer un rôle de consultation auprès de patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire et elle peut être intégrée dans le cadre d'un travail multidisciplinaire dans une fonction de consultation, soutien et supervision.

RESUME

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne se limite plus à la seule expression d'infections opportunistes favorisées par l'immunodépression comme aux premiers temps de sa découverte. Depuis l'utilisation des multithérapies antirétrovirales, elle se manifeste également à travers une multitude de symptômes d'origines très diverses parmi lesquels les troubles psychiatriques sont fréquents.

Les troubles psychiatriques sont, dans ce contexte, souvent complexes, intriqués et d'étiologie variable (action directe du virus ou des traitements sur le système nerveux central, réaction du sujet face à l'évolution de la maladie, addictions associées...). La connaissance de leur clinique permet une évaluation diagnostique efficiente, des soins psychiatriques optimisés et intégrés à une approche pluridisciplinaire cohérente du patient et de sa maladie ainsi que la mise en place d'actions de prévention et d'éducation adaptées.

Jusqu'à ce jour, aucune étude n'a été menée sur l'échelle nationale, d'où l'idée de réaliser une étude au sein de notre formation.

Objectifs : le but de notre travail est d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques chez les patients atteints du VIH ainsi que les facteurs de risque de leur survenue.

Méthodologie : nous avons mené une étude transversale à recrutement prospectif auprès des 90 patients atteints du VIH suivis au niveau du service de médecine interne du CHU Hassan II de Fès, à l'aide d'un questionnaire pré-établi et des échelles d'évaluation : le MINI

(Mini international neuropsychiatric interview) dans sa version marocaine, ainsi que l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle d'anxiété Hamilton.

Résultats : Chez les 90 patients infectés par le VIH de notre série, la dépression était le trouble psychiatrique le plus fréquent avec une prévalence de 36,67 %, les troubles anxieux représentent le deuxième trouble psychiatrique observé avec une

prévalence de 27,78% et le risque suicidaire vient en 3^{ème} position avec une prévalence de 8,89%, aucun autre trouble psychiatrique n'a été constaté chez nos patients.

Notre étude nous a permis d'identifier certains facteurs de risque de survenue de troubles psychiatriques au cours du VIH, concernant la dépression : un revenu personnel < 2000dh, la présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs et la sexualité et l'absence du plaisir lors des rapports sexuels représentent les principaux facteurs de risque avec deux périodes à risque qui sont la phase asymptomatique et le stade C de la maladie. Concernant les troubles anxieux : le sexe féminin, la non scolarisation, le chômage, un revenu personnel < 2000dh, les antécédents personnels de tentative de suicide, la présence d'un retentissement du VIH sur les loisirs, l'absence du plaisir lors des rapports sexuels, et la réaction par une symptomatologie anxio-dépressive à l'annonce de la séropositivité sont les principaux facteurs de risque identifiés. L'antécédent personnel de tentative de suicide était le seul facteur de risque qui avait une relation significative avec le risque suicidaire chez nos malades.

Conclusion : La dépression, les troubles anxieux et le risque suicidaire sont les troubles psychiatriques les plus rapportés chez les patients infectés par le VIH dans notre étude. Ils doivent être recherchés systématiquement chez tout patient séropositif au VIH et prises en charge afin d'améliorer la qualité de vie chez ces patients ce qui permettra une meilleure observance au traitement antirétroviral et une meilleure évolution de la maladie.

SUMMARY

Infection with human immunodeficiency virus (HIV) is no longer limited to the expression of opportunistic infections favored by immunosuppression as the early days of its discovery. Since the use of HAART, it manifests also through a multitude of symptoms that have various origins including psychiatric disorders that are common.

Psychiatric disorders are, in this context, often complex, intricate and have variables etiologies (direct action of the virus or the treatment on the central nervous system, subject's reaction facing the evolution of the disease, associated addictions ...)

Knowledge of their clinical presentation enables an efficient diagnostic evaluation, psychiatric cares that are optimized and integrated to a coherent multidisciplinary approach of the patient and his illness as well as the establishment of adapted actions of prevention and education.

Until now, no study has been conducted on the national level, hence the idea of a study in our training.

Objectives: This study was conducted to assess the prevalence of psychiatric disorders and its risk factors among patients with HIV infections.

Methods: a prospective study was conducted including 90 HIV infected patients followed at the Department of Internal Medicine in University Hospital Hassan II of Fez, using a pre-established questionnaire and rating scales: the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) in its Moroccan version, the Beck Depression Inventory and the Hamilton Anxiety Scale.

Results: among the 90 patients with HIV infection in our series, depression was the most common psychiatric disorder with a prevalence of 36.67%, anxiety disorders are the second psychiatric disorder observed with a prevalence of 27.78% and the risk

of suicide is in 3rd position with a prevalence of 8.89%, no other psychiatric disorder was found among our patients.

Our study allowed us to identify some risk factors for occurrence of psychiatric disorders during HIV infection, for depression : a personal income < 2000dh , the presence of an impact of HIV on leisure and sexuality and lack of pleasure during sexual intercourse are the main risk factors, with two risk periods that are asymptomatic period and stage C of disease. For anxiety disorders: the female sex, lack of education, unemployment, personal income < 2000dh , personal history of suicide attempts , the presence of an impact of HIV on leisure , lack of pleasure during intercourse sex and the reaction by anxiety and depression after the announcement of HIV infection are the main risk factors identified . The personal history of attempted suicide was the only risk factor that was significantly related to suicide risk among our patients.

Conclusion: Depression, anxiety disorders and suicide risk are the most reported psychiatric disorders among patients infected with HIV in our study. They must be systematically sought in all HIV positive patients and treated to improve the quality of life among those patients which will allow better adherence to antiretroviral therapy and better disease evolution.

مطى

العنى بفيوس نقل لمنذلة البشوية لم يعد منحو أ فقط في إحصاية لتعفن لإذنه ازية لتي سهلحو نها كتله لمنذلة كما كارع ليله لال في لأيام لأولى يمكن تشدافه منبنا لية تتخذ امضاد نثا لفيو سنك، لصبح المرض لى أيضا عن طريق مجموعة من الأوطر نثه سديبفخ تليفما في ذلك الضغط ابثلنفة سية.

لضغط ابثلنفة سية هي، فيلدا ليداق غا، ليام اتكون عقدمقد اخلة وذ نثه سديبفخ تلفة) الأ ول مباشر ل لفيوس و الأوية ع اللى اجه ازا الصديلي وكزي، رد فعل المرضي جاه تطر المرض، لإدمان لو تبط (...، الموافقة ل سوية ممكن من احو لتقييم تشخيصي فعال لتقديم رعايف سية ثلى تدخل ضمن نهج تعدد لإخصه لثيا أخصيعين لإع تبول المرض وموضوعك ا ضلحو اء نث وقائية و قوعية ملائمة.

حتي الآن، لم تلمحو اء أي اسة حول هذا الموضوع للى لم ستقوا لطني من هذا جلتقو إقجازها لو اسة ملخل سدنا.

الهد ف كيان اليعن من سدنا لتقييم مؤان تشدوا لضغط ابثلنفة سية في صف المرضي لصادبين بفيوس نقل لمنذلة البشوية وتحديدو امل الخطم سه لتحو نها.

المنهجية: أ جويلو اسة تقبلية تشمل 90 ورض لصادبا بفيوس نقل لمنذلة البشوية تتدبعهم في سم الطبل لاطني بالمد ستشغل جامعلي لسانل ثاني بفس، ونالكف تخدا اسم تبيان وسلا ليلم لقي لم سبل لميني في سدنا لمقوية مد لم بيلل ك تذب وسلام هام لتولنلق.

النتائج: عند 90 ورض لصادبين بفيوس نقل لمنذلة البشوية لذيش لكو اوفي سدنا شكللا ك تذب الضغط ل لئف سي لأ ك و شعوبان سبة، 36.67% لسط ابثللق لوق إذ نثا لو ثابة ثانيقن سبة هز 27.78% و خطا لاندل جله في الوراثة لة لة سبة 8.89% ولم يعد لى أي لسط لئف سي آولدمو سانا.

مكذ نثا لو اسة من تحديد بعرض امل الخطم لحوث الضغط البثلل سية فيما يضل ك تذب: دخل ودي أقل من 2000 وهم، و جوتأ ثو ل لفيوس لى الأنشطة لوجيا لة جن سية ل لمرض كذ لك عد لإح سدبلر لم تعة ثنالجماع شكثو امل الخطم لئف سية مع فرتي خط: و دلة للا لو طس والوردلة) س (من المرض فيما يرض لسط ابثللق لية: جنس لإنماثا لامية المطبالة لادخل الشخسي لأقل من 2000 وهم ابقمدو لة لاندلوا لمرض، و جوتأ ثو ل لفيوس لى أنشطة لمرض، عدم و جولدم تعة ثنالجماع و رد فعل المرض بلو طرق لوق ك تذب بعد مو قعد ابته بالرض هي امل الخطم لئف سية لتي تتحدد هوا أخو اشكل و جود سو ابقمدو لة لاندلوا عند المرض امل الخطم لوجيا لذي كانو تبط ابشك ك بومع خطا لاندلوا لى المرضي لذيش لكو افي هذ العمل.

خاتمة: ك تذب، لسط ابثللق و خطا لاندلوا هي الضغط ابثلنفة سية لأ ك و شعوبا لى المرضي لذيش لكو سدنا لئف ا و جب البعنهها لوجميع المرضي لصادبين بفيوس نقل لمنذلة البشوية وعلا جلم ثد سين ضروف العيش لئفهم مسلاي سمح لتقيد أفضلوا لأوية امضاد ل لفيو بونثا لتالي لحد من تطر المرض

ANNEXES

FICHE D'EXPLOITATION:

Date :

TEL :

I- Les caractéristiques sociodémographiques :

ü Age :

ü Sexe : 1- féminin 2- masculin

ü Statut marital :

1- célibataire :

2- mariée :

3- divorce :

4- veuf :

ü Milieu de vie : 1- urbain 2- rural

ü Niveau d'étude :

1- non scolarisé

2- primaire

3- secondaire

4- bac

5- bac+

ü Activité professionnelle : 1- régulière 2- irrégulière 3- Absente

ü Revenu mensuel:

→ Personnel:

1- ≤2000 DH

2- >2000 DH

→ Familial:

1- ≤2000 DH

2- <2000 DH

ü le nombre de personne à charge : - zéro -un -deux -trois -quatre - plus

II- Antécédents :

1- Personnels :

ü Psychiatriques : Oui Non si oui lesquels.....

ü Tentative de suicide : Oui Non

Si oui :

- Quand :
- Moyen :
- PEC : oui non
- Le nombre de TS et la date de la plus récente :
- ü Toxiques : Usage de substance Oui Non

Si oui :

	abus	dépendance	occasionnel
Substance1			
Substance2			

→ Début :

- Avant la maladie Oui Non

Si oui :

→ la même quantité

→ quantité élevée

→ arrêtée actuellement

- Après la maladie : Oui Non

ü Juridiques : oui non

ü Medico-chirurgicaux :.....

2- Familiaux :

- *psychiatriques*

Oui Non

- *Medicochir* :

Oui Non

III- Caractéristiques de la maladie :

- *le début* : date de diagnostic (durée de la maladie) Mois:.....

Année :.....

- *les circonstances de découverte* : Dépistage Don fortuite symptômes

- *le mode de contamination* :

ü Usage de substance intraveineuse

ü Rapports homosexuels

ü Rapports hétérosexuels

ü partenaire unique

ü partenaire multiple

- *la réaction psychologique à l'annonce de la maladie* :

ü Angoisse aiguë

ü persécution

ü symptômes anxio-dépressifs

- *le stade de la maladie* : Asymptomatique stade B stade C

- *les complications* : oui non

- *Existence d'autres maladies sexuellement transmissibles* : oui non

Lesquelles ?.....

- *Partenaire informé* : oui non

- *Les personnes informes :*
- *la prise en charge thérapeutique*

ü La date d'introductions des médicaments :

ü Le type de médicament :

ü Le nombre de médicaments : monothérapie bithérapie trithérapie

ü L'observance thérapeutique : pas de médicaments bonne moyenne mauvaise

ü Les causes de la mauvaise observance :

- o les effets secondaires lesquels.....
- o Défaut de moyens
- o Idées d'incurabilité

IV- Les facteurs de protection :

_ Soutien psychologique de la famille : Oui Non

_ Appui financier : Oui Non

_ Associations ou site internet Oui Non

V- Le retentissement socio familial :

_ La vie du couple : Oui Non

_ Etudes : Oui Non

_ Travail : Oui Non

_ Loisirs : Oui Non

_ Sexualité : Oui Non

Si oui rapports protégé rapports non protégé

Fréquents occasionnels absents

Plaisir : oui non diminué

VI- Evaluation psychiatrique :

1) MINI (international neuropsychiatrique interview)

Episode actuel

Episode ancien

.....
.....
.....
.....

2) Echelle Beck Dépression :

Score :.....

3) Echelle Hamilton Anxiété :

Score :.....

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIE
INTERVIEW

Nom et prenom :
 Date de passation à l'échelle :
 Date de début de traitement :

Malade déjà traité :
 Nouveau cas :

	Actuel	Vie entière	Remarque
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR			
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques			
B. DYSTHYMIE			
C. RISQUE SUICIDAIRE			
D. EPISODE (HYPO) MANIAQUE			
E. TROUBLE PANIQUE			
F. AGORAPHOBIE			
G. PHOBIE SOCIALE			
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF			
I. ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE			
J. ALCOOL (DEPENDANCE / ABUS)			
K. DROGUES (DEPENDANCE / ABUS)			
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES			
M. ANOREXIE MENTALE			
N. BOULIMIE			
O. ANXIETE GENERALISEE			
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE			

COTATION

0 : absent 1 : léger 2 : moyen 3 : fort 4 : maximal (invalidant).

- 1 **Humeur anxieuse**
Inquiétude - Attente du pire
Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité
- 2 **Tension**
Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles
Tremblements - Sensations d'être incapable de rester en place
- 3 **Peurs**
Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas
D'être abandonné seul - Des gros animaux
De la circulation - De la foule
- 4 **Insomnie**
Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu
Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil
Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes
- 5 **Fonctions intellectuelles (cognitives)**
Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire
- 6 **Humeur dépressive**
Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée.
- 7 **Symptômes somatiques généraux (musculaires)**
Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée.
- 8 **Symptômes somatiques généraux (sensoriels)**
Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de picotements
- 9 **Symptômes cardiovasculaires**
Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra-systoles.

- 10 **Symptômes respiratoires**
Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.
- 11 **Symptômes gastro-intestinaux**
Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie - douleurs avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac - "Coliques" abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation.
- 12 **Symptômes génito-urinaires**
Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Mictions fréquentes - Urgence de la miction - Éjaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance.
- 13 **Symptômes du système nerveux autonome**
Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation.
- 14 **Comportement lors de l'entretien**
Général : Tend, non à son aise- Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir - Instabilité : va-et-vient - Tremblement des mains - Front plissé - Facies tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale.
Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexe tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.

Note d'anxiété psychique : somme des notes des items 1,2,3,4,5,6 et 14.

Note d'anxiété somatique : somme des notes des items 7,8,9,10,11,12,13.

Note totale : somme des notes de tous les items.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. FICHOT

NOM _____ PRÉNOM _____

SEXE AGE DATE

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A. Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardieux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardieux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent de tout.	3
E. Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaux rien.	3

F. Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3
G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Nom et prénom :
Date de passation à l'échelle :
Date de début de traitement :

Malade déjà traité :
Nouveau cas :

HAMILTON ANNEXIETE

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-
- 11-
- 12-
- 13-
- 14-

SCORE TOTAL

BECK DEPRESSION

- A-
- B-
- C-
- D-
- E-
- F-
- G-
- H-
- I-
- J-
- K-
- L-
- M-

SCORE TOTAL

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CASSUTO JP, PESCEA, QUARANTA JF. Sida et infection par le VIH ; 3^{ème} édition ; Paris : Masson, 1996
- 2- L'ONUSIDA et l'OMS. Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA
- 3- site du ministère de la santé
- 4- BRUN-VENIZET F, DAMOND F, DESCAMPS D, SIMON F. Virus de l'immunodéficience humaine. Encycl. Méd. Chir. –Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris ; Maladies Infectieuses, 8-050-B-11, 2000, 10p
- 5- BARRE-SINOUSSE F. HIV as the cause of AIDS. Lancet 1996, 348 :31-35
- 6- Virologie fondamentale de l'infection VIH. In : BARRE SINOUSSE F. VIH. DOIN, 2001 ; 3-10
- 7- Epidémiologie : Situation actuelle et tendance. In: LAPORTE A, LOT F. VIH. DOIN, 2001 ; 49-59
- 8- Fonquernie L, Girard PM. Classifications, définitions et facteurs prévisionnels de l'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. In: *VIH 2004*. Paris: Doin; 2004. p. 53-64.
- 9- *Chad M Centner, Kathleen J Bateman, Jeannine M Heckmann, Manifestations of HIV infection in the peripheral nervous System, Lancet Neurol 2013; 12: 295-309*
- 10- Wright E, Brew B, Arayawichanont A, et al. Neurologic disorders are prevalent in HIV-positive outpatients in the Asia-Pacific region. *Neurology* 2008; 71: 50-56.
- 11- LEPORTE C, LONGUET P, LACASSIN F, VILDE JL. Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Maladies Infectieuses, 8-050-B-10, 2002, 20p.

- 12- PASCAL H, BARRE SINOUSSE F, DEBRE P. Médecine thérapeutique 1996 : hors série 1 : 7-11 et 32-38
- 13- Moulignier A, Moulouquet A. Manifestations neurologiques. In: VIH 2004. Paris: Doin; 2004. p. 95-130.
- 14- VIH et santé mentale rapport de l'OMS, novembre 2008.
- 15- Linard F., Jacquemin T. Aspects psychiatriques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez l'adulte. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-550-A-20, 2006.
- 16- M. HALMAN. Traitement de la dépression et des symptômes neuropsychiatriques associés au VIH/sida et aux antirétroviraux. Can J Infect Dis 2001; 12 (suppl C): 9C- 20C.
- 17- Jayraan Badiee et al., Lifetime Suicidal Ideation and Attempt is Common Among HIV+ Individuals, J Affect Disord. 2012 February ; 136(3): 993-999.
- 18- X. Su et al., Prevalence and associated factors of depression among people living with HIV in two cities in China, Journal of Affective Disorders 149 (2013) 108-115
- 19- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S.F., Lam, S.W., Chung, W.Y., Li, C.K., 2002. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. Aids Patient Care STDS 16, 83-96.
- 20- Wang, J., Lin, X., Wu, H., Qu, W., 2005. The mood state of paid blood donors with HIV and its relation to stress and cognitive appraisal (Article written in Chinese). Acta Psychologica Sinica 37, 106-112.
- 21- Penzak, S.R., Reddy, Y.S., Grimsley, S.R., 2000. Depression in patients with HIV infection. American Journal of Health-System Pharmacy 57, 376-386.

- 22- Sun, Y.H., Sun, L., Wu, H.Y., Zhang, Z.K., Wang, B., Yu, C., Cao, H.Y., 2009a. Loneliness, social support and family function of people living with HIV/AIDS in Anhui rural area, China. *International Journal of STD & AIDS* 20, 255–258.
- 23- Xu, J., Sullivan, S.G., Dou, Z., Wu, Z.Y., 2007. Economic stress and HIV-associated health care utilization in a rural region of China: a qualitative study. *Aids Patient Care STDS* 21, 787–797.
- 24- Pirkle, C., Soundardjee, R., Stella, A., 2007. Female sex workers in China: vectors of disease? *Sexually Transmitted Diseases* 34, 695–703.
- 25- Rao, D., Chen, W.T., Pearson, C.R., Simoni, J.M., Fredriksen-Goldsen, K., Nelson, K., Zhao, H., Zhang, F., 2012. Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *International Journal of STD & AIDS* 23, 481–484.
- 26- Narcisse Elenga, Marie-Thérèse Georger-Sow, Thierry Messiaen, et al. , Incidence and predictive factors of depression among patients with HIV infection in Guadeloupe: 1988-2009, *International Journal of STD & AIDS*, 2013, 0(0) 1–5.
- 27- Mathieu Nacher, Leila Adriouch, Claire Godard Sebillotte, Matthieu Hanf, Vincent Vantilcke, Myriam El Guedj, Tania Vaz, Constance Leconte, Geneviève Simart, Marie-Laure Djossou & Pierre Couppié (2010) Predictive factors and incidence of anxiety and depression in a cohort of HIV-positive patients in French Guiana, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22:9, 1086–1092.

- 28- Joon Young Song, Jin Soo Lee, Yu Bin Seo, et al., Depression Among HIV-infected Patients in Korea: Assessment of Clinical Significance and Risk Factors, *Infect Chemother* 2013;45(2):211-216.
- 29- Valente SM. Depression and HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2003; 14:41-51.
- 30- Park JH, Kim KW. A review of the epidemiology of depression in Korea. *J Korean Med Assoc* 2011; 54:362-9.
- 31- Katherine F.M. Marwick & Sylvia F. Kaaya (2010) Prevalence of depression and anxiety disorders in HIV positive outpatients in rural Tanzania, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22:4, 415-419.
- 32- Collins, K., & Harding, R. (2007). Improving HIV management in sub-Saharan Africa: How much palliative care is needed? *AIDS Care*, 19(10), 1304_1306.
- 33- Ramadhani, H.O., Thielman, N.M., Landman, K.Z., et al. (2007). Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. *Clinical Infectious Diseases*, 45(11), 1492_1498.
- 34- Antelman, G., Kaaya, S., Wei, R., et al. (2007). Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(4), 470_477.
- 35- Kaharuzza, F.M., Bunnell, R., Moss, S., et al. (2006). Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS and Behaviour*, 10(Suppl.4), S105_S111.

- 36- Martinez, P., Andia, I., Emenyonu, N., et al. (2008). Alcohol use, depressive symptoms and the receipt of antiretroviral therapy in southwest Uganda. *AIDS and Behaviour*, 12(4), 605_612.
- 37- Monahan, P.O., Shacham, E., Reece, M., et al. (2008). Validity/Reliability of PHQ-9 and PHQ-2 depression scales among adults living with HIV/AIDS in Western Kenya. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 189_197.
- 38- Freeman, M., Nkomo, N., Kafaar, Z., & Kelly, K. (2007). Factors associated with prevalence of mental disorder in people living with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 19(10), 1201_1209.
- 39- Myer, L., Smit, J., Roux, L.L., et al. (2008). Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: Prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care and STDS*, 22(2), 147_158.
- 40- Olley, B.O., Gxamza, F., Seedat, S., et al. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients _ the role of gender. *South African Medical Journal*, 93(12), 928_931.
- 41- Amberbir, A., Woldemichael, K., Getachew, S., Girma, B., & Deribe, K. (2008). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons:A prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 8(265).
- 42- Ashraf Kagee & Lindi Martin (2010) Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22:2, 159-165.
- 43- Lapedagne T, Ferriere J. P, Lacoste D, Verdoux H, Anxiété et dépression chez les personnes atteintes par le VIH: prévalence et facteurs de risque, *Annales Médico-psychologiques*, 2000, vol. 158, no1, pp. 21-32.

- 44- Ciesla J.A., Roberts J.E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (5): 725-30.
- 45- Morrison M.F., et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (5): 789-96.
- 46- Aspects psychiatriques. In : LINARD F, JACQUEMIN T. VIH; DOIN ; 2001, 267-275
- 47- Charles-Louis KEL, Mathieu LACAMBRE, Jean-Philippe LANG, Jean-Marie LANG. Troubles psychiatriques et infection par le VIH. *In : Psychiatrie, VIH et hépatite C. Elsevier Masson, 2009, p. 53-61.*
- 48- L'akoa et al.: Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: a cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé, Cameroon. *BMC Psychiatry* 2013 13:228.
- 49- Ouedraogo A, Sanou PT: Anxiété et dépression chez les personnes vivant avec le VIH en milieu africain à Ouagadougou, Burkina Faso. *Psychopathol Africaine* 2002, 31:333-344.
- 50- Bhatia R: Person newly diagnosed with HIV infection are at high risk of depression and poor linkage to care: results from the steps study. *AIDS Behav* 2010, 8:1-10.
- 51- Lyketsos CG, Hanson A, Fishman M, McHugh PR, Treisman GJ: Screening for psychiatric morbidity in a medical outpatient clinic for HIV infection: the need for a psychiatric presence. *Int J Psychiatry Med* 1994, 24(2):103-113.
- 52- Pence et al., Validity of an Interviewer-Administered Patient Health Questionnaire-9 to Screen for Depression in HIV-Infected Patients in Cameroon, *J Affect Disord.* 2012 December 20; 143(1-3): 208-213.

- 53- *Tami D. Benton, M*, Depression and HIV/AIDS, *Current Psychiatry Reports* 2008, 10:280–285.
- 54- Savetsky JB, Sullivan LM, Clarke J, Stein MD, Samet JH: Evolution of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-infected patients entering primary care. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189(2):76–83.
- 55- Atkinson, J.H., Heaton, R.K., Patterson, T.L., et al. (2008). Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV infected men. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 225_234.
- 56- Ramirez-Avila et al., Depressive Symptoms and Their Impact on Health-seeking Behaviors in Newly-diagnosed HIV-infected Patients in Durban, South Africa, *AIDS Behav.* 2012 November; 16(8): 2226–2235.
- 57- Stein M.D., et al. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (9): 1659-1662.
- 58- Leserman J., et al., Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 (11) : 1707-13.
- 59- Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., et al., (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 721–728.
- 60- Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-McMillan, L. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 531–538.
- 61- Kempainen et al., Anxiety Symptoms in HIV-Infected Individuals, *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE*, Vol. 24, No. 1S, January/February 2013, S29–S39.

- 62- Pence, B., Miller, W., Whetten, K., Eron, J., & Gaynes, B. (2006). Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42(3), 298-306.
- 63- Pence, B., Reif, S., Whetten, K., et al (2007). Minorities, the poor, and survivors of abuse: HIV-infected patients in the US Deep South. *Southern Medical Journal*, 100, 1114-1122.
- 64- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., et al., (2004). Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives in General Psychiatry*, 61(8), 807-816.
- 65- Gore-Felton, C., & Koopman, D. (2002). Traumatic experiences: Harbinger of risk behavior among HIV1 adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 121-135.
- 66- Martinez, A., Israelski, B., Walker, C., & Koopman, C. (2002). Posttraumatic stress disorder in women attending human immunodeficiency virus outpatient clinics. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, 283-291.
- 67- Kemppainen, J., Wantland, D., Voss, J., et al., (2012). Self-care behaviors and activities for managing HIV-related anxiety. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(2), 111-123.
- 68- O'Cleirigh, C., Skeer, M., Mayer, K., & Safren, S. (2009). Functional impairment and health care utilization among HIV infected men who have sex with men: The relationship with depression and post-traumatic stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(5), 466-477.
- 69- DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Editions Masson .Paris .1996

- 70- Hatzenbuehler, M., O’Cleirigh, C., Mayer, K., Mimiaga, M., & Safren, S. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(2), 227-234.
- 71- Kemppainen, J., Holzemer, W., Nokes, K, et al., (2003). Self-care management of anxiety and fear in HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 21-29.
- 72- American Psychiatric Association. (2000b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 73- Grillon, C. (2005). Anxiety disorders: Psychophysiological aspects. In B. Saddock, & V. Saddock (Eds.), *Comprehensive textbook psychiatry* (pp. 1728-1739). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- 74- Tsao, J. C., Dobalian, A., Moreau, C., & Dobalian, K. (2004). Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(2), 111-118.
- 75- Basu, S., Chwastiak, L., & Bruce, R. (2005). Clinical management of depression and anxiety in HIV-infected adults. *AIDS*, 19, 2057-2067.
- 76- New York State Department of Health AIDS Institute. (2006). Anxiety disorders in patients with HIV. Retrieved from <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/hiv-and-mentalhealth/anxiety-disorders-in-patients-with-hiv-aids/>
- 77- Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70, 39-45.

- 78- Evans, D., Ten Have, T., Douglas, S., et al., (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes and natural killer cells in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1752-1759.
- 79- Lampe, F., Harding, R., Smith, C., et al., (2010). Physical and psychological symptoms and risk of virologic rebound among patients with virologic suppression on antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Deficiency Syndrome*, 54(5), 500-505.
- 80- Boarts, J., Stedjeski, E., Bogart, L., & Delahanty, D. (2006). The differential impact of PTSD and depression on HIV disease markers and adherence to HAART in people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 10(3), 253-261.
- 81- O’Cleirigh, C., Hart, T., & James, C. (2008). HIV and anxiety. In M. J. Zvolensky, & J. A. Smits (Eds.). New York, NY: Springer-Science+Business Media, LLC.
- 82- Nel, A., & Kagel, A. (2011). Common mental health problems and antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 23(11), 1360-1365.
- 83- Sherbourne, C., Hays, R., Fleishman, J., et al. (2000). Impact of psychiatric conditions on Health-Related Quality of Life in persons with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 248-254.
- 84- 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.
- 85- Judd F, Cockram A, Komiti A, et al., Depressive symptoms reduced in individuals with HIV/AIDS treated with highly active antiretroviral therapy: a longitudinal study. *Aust N Z Psychiatry* 2000; 34:1015-21.

- 86- Adam W. Carrico, Mallory O. Johnson, Stephen F. Morin, et al., Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons, *AIDS* 2007, vol 21, N: 9, 1199-1203.
- 87- Sherr L, Lampe F, Fisher M, et al., Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS* 2008, 22:1651-1658.
- 88- ROBERTSON K, PARSONS TD, VAN DER HORST C, HALL C. Thoughts of death and suicidal ideation in non psychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals. *Death Stud.* 2006; 30:455-69. [PubMed: 16610158].
- 89- Preau M, Bouhnik AD, Peretti-Watel P, et al., Suicide attempts among people living with HIV in France. *AIDS Care*, 2008, 20(8):917-924.
- 90- 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 12:63.
- 91- Shafer LA, Nsubuga RN, Seeley J, Levin J, Grosskurth H: Examining the components of population-level sexual behaviour trends from 1993 to 2007 in an open Uganda cohort. *Sex Transm Dis* 2011, 38(12):697-704.
- 92- Jose Catalan , Richard Harding , Elissa Sibley , et al., (2011) HIV infection and mental health: Suicidal behaviour – Systematic review, *Psychology, Health & Medicine*, 16:5, 588-611.
- 93- Krentz, H.B., Kliwer, G., & Gill, M.J. (2005). Changing mortality rates and causes of death for HIV-infected individuals living in Southern Alberta, Canada from 1984 to 2003. *HIV Medicine*, 6(2), 99-106.

- 94- Lifson, A.R., INSIGHT Cause of Death Writing Group, Bellosso, W.H., Carey, C., Davey, R.T., Duprez, D., . . . Worley, J. (2008). Determination of the underlying cause of death in three multicenter international HIV clinical trials. *HIV Clinical Trials*, 9(3), 177–185.
- 95- Lewden, C., May, T., Rosenthal, E., et al., (2008). Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005. The Mortalite 2000 and 2005 surveys (ANRS EN19 and Mortavic). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, JAIDS*, 48(5), 590–598.
- 96- Grassi L, Mondardini D, Pananati M, et al., Suicide probability and psychological morbidity secondary to HIV infection: a control study of HIV-seropositive, hepatitis C virus (HCV) seropositive and HIV/HCV-seronegative injecting drug users. *J Affect Disord* 2001;64:195-202.
- 97- Kalichman S, Heckman T, Kochman A, et al., Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatr Serv* 2000;51: 903-7.
- 98- Cohen M, French A, Benning L, et al., Causes of death among women with HIV infection in the Era of combination antiretroviral therapy. *Am J Med* 2002; 113:91-8.
- 99- Scheer S, McQuitty M, Denning P, et al., Undiagnosed and unreported AIDS deaths: results from the San Francisco medical examiner. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 27: 467-71.
- 100- Jin H, Atkinson JH, Yu X et al. Depression and suicidality in HIV /AIDS in China. *J Affect Disord* 2006; 94: 269-75.
- 101- B Owe-Larsson, L Säll, E Salamon, C Allgulander, HIV infection an psychiatric illness, *African journal of psychiatry*, May 2009, 12: 115-128.

- 102- Dolder CR, Patterson TL, Jeste DV. HIV, psychosis and aging: past, present and future. *AIDS* 2004;18 Suppl 1:S35-S42.
- 103- *Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. J Clin Epidemiol 2001;54 Suppl 1: S44-52.*
- 104- Cournos F, McKinnon K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clin Psychol Rev* 1997;17(3):259-69.
- 105- Cournos F, McKinnon K, Sullivan G. Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Suppl 6:27-33. Review.
- 106- Dube B., Benton T., Cruess D.G., Evans D.L. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci* 2005 ; 30 (4) : 237-46.
- 107- Ruiz P., Guynn R.W., Matorin A.A. Psychiatric considerations in the diagnosis, treatment and prevention of HIV/AIDS. *J Psychiatr Pract* 2000 ; 6 (3) : 129-39.
- 108- de Ronchi D, Faranca I, Forti P, et al., Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection. *Int J Psychiatry Med* 2000;30(2):173-83.
- 109- Torre D., Speranza F., Martegani R. Impact of highly active antiretroviral therapy on organ-specific manifestations of HIV-1 infection. *HIV Med* 2005 ; 6 : 66-78.
- 110- Alciati A., et al. New-onset delusions and hallucinations in patients infected with HIV. *J Psychiatry Neurosci* 2001 ; 26 (3) : 229-34.

- 111- Fumaz CR, Tuldra A, Ferrer MJ, et al. Quality of life, emotional status, and adherence of HIV-1-infected patients treated with efavirenz versus protease inhibitor containing regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29:244-53.
- 112- Blanch J, Corbella B, Garcia F, Parella E, Gatell JM. Manic syndrome associated with efavirenz overdose. *Clin Infect Dis* 2001;33:270-1.
- 113- Atkinson J.H., Person C., Young C., Deitch D., Treisman G. Psychiatric disorders. In: Gendelman H.E., Grant I., Everall I.P., Lipton S.A., Swindells S. *The Neurology of AIDS*, 2e ed. Oxford University Press, New York, 2005 : 553-64.
- 114- Huffman J.C., Fricchione G.L. Catatonia and psychosis in a patient with AIDS. *J Clin Psychopharmacol* 2005 ; 25 (5) : 508-10.
- 115- Lang J.-Ph., Halleguen O., Picard A., Lang J.-M., Danion J.-M. A propos d'un état mélancolique atypique sous Sustiva® (efavirenz). *Encephale* 2001 ; 27 : 290-3.
- 116- Tribolet S, Shahidi M. *Précis de sémiologie des troubles psychiques: heures de France*. 2000.
- 117- Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Mpungu SK, Katabira E. Primary mania versus HIV-related secondary mania in Uganda. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1349-54.
- 118- M. Bary , F. David , J. Gasnault , et al. Troubles neuropsychiatriques chez les patients infectés par le VIH et rôle de l'efavirenz, *Médecine et maladies infectieuses* 34 (2004) 435-449.
- 119- Cruess D.G., et al. Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biol Psychiatry* 2003 ; 54 : 307-16.

- 120- G.E.Maccaferri, M.Cavassini, A.Berney, Troubles de l'humeur et VIH épidémiologie, clinique et prise en charge thérapeutique, Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 362-7.
- 121- Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: Epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66(6), 769-789.
- 122- Semple, S., Strathdee, S., Zians, J., et al. (2011). Psychosocial and behavioral correlates of anxiety symptoms in a sample of HIV-positive, methamphetamine using men who have sex with men. *AIDS Care*, 23(5), 628-637.
- 123- Starace F, Bartoli L, Aloisi MS, et al. Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(1):20-6.
- 124- Lochet P, Peyriere H, LottheA, et al. Long-term assessment of neuropsychiatric adverse reactions associated with efavirenz. *HIV Med* 2003;4(1):62-6.
- 125- Sacktor N, McDermott MP, Marder K, et al. HIV-associated cognitive impairment before and after the advent of combination therapy. *J Neurovirol* 2002;8(2):136-42.
- 126- von Giesen HJ, Koller H, Theisen A, Arendt G. Therapeutic effects of non nucleoside reverse transcriptase inhibitors on the central nervous system in HIV-1-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29(4):363-7.
- 127- Deutsch R, Ellis RJ, McCutchan JA, et al. AIDS-associated mild neurocognitive impairment is delayed in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2001;15(14): 1898-9.

- 128- Goldenberg D, Boyle B. Psychiatric safety of efavirenz. XIII International AIDS conference, July 9-14 2000. 2000 Durban: [abstract] WePeB4238.
- 129- Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000; 90:573-578.
- 130- Huebner DM, Rebchook GM, Kegeles SM. Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2004; 94: 1200-1203.
- 131- Courtenay-Quirk C, Wolitski RJ, Parsons JT, Gomez CA. Is HIV/AIDS stigma dividing the gay community? Perceptions of HIV positive men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2006; 18:56-67.
- 132- Heckman TG, Miller J, Kochman A, et al. Thoughts of suicide among HIV-infected rural persons enrolled in a telephone-delivered mental health intervention. *Ann Behav Med* 2002; 24:141-148.
- 133- Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, et al. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 903-907.
- 134- Schlebusch L, Vawda N: HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Afr J Psychiatry* 2010, 13(4):280-283.
- 135- Iman Parhami, Timothy W. Fong, Aaron Siani, et al. Documentation of Psychiatric Disorders and Related Factors in a Large Sample Population of HIV-Positive Patients in California, *AIDS Behav* (2013) 17:2792-2801.
- 136- Rueda S, Raboud J, Mustard C, et al. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care*. 2011;23(4):435-43.

- 137- M.P.T. Silveira et al. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy, Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association Volume 34, Number 2, June/2012, p. 162-167.
- 138- Pappin M, Wouters E and Booyesen FL. Anxiety and depression among patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. BMC Public Health 2012; 12: 244.
- 139- Boly L, Cafaro V, Dwyer T. Depressive symptoms predict increased incidence of neuropsychiatric side effects in patients treated with efavirenz. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;42(4):514-5.
- 140- Clifford DB, Evans S, Yang YJ, et al . Impact of efavirenz on neuropsychological performance and symptoms in HIV-infected individuals. Ann Int Med. 2005;143(10):714-21.
- 141- Gutierrez F, Navarro A, Padilha S, et al. Prediction of neuropsychiatric adverse events associated with long-term efavirenz therapy, using plasma drug level monitoring. Clin Infect Dis. 2005;41:1648-53.
- 142- Fumaz CR, Muñoz-Moreno JA, Moltó J, et al. Long term neuropsychiatric disorders on efavirenz-based approaches: quality of life, psychologic issues, and adherence. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005;38(5):560-5.
- 143- Spire B, Carrieri P, Garzot MA, et al. Factors associated with efavirenz discontinuation in a large community based sample of patients. AIDS Care. 2004;16(5):558-64.
- 144- Prentiss D, Power R, Balmas G, et al. Patterns of marijuana use among patients with HIV/AIDS followed in a public health care setting. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 35:38-45.

- 145- Braitstein P, Kendall T, Chan K, et al. Mary-Jane and her patients: sociodemographic and clinical characteristics of HIV-positive individuals using medical marijuana and antiretroviral agents. *AIDS* 2001; 15:532-533.
- 146- Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, et al. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1026-1032.
- 147- Cooperman NA, Simoni JM: Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *J Behav Med* 2005, 28(2):149-156.
- 148- Wu DY, Munoz M, Espiritu B, et al. Burden of depression among impoverished HIV-positive women in Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008, 48(4):500-504.
- 149- Chesney MA, Chambers DB, Taylor JM, et al. Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosom Med* 2003; 65:1038-1046.
- 150- Carrico AW, Antoni MH, Duran RE, et al. Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Ann Behav Med* 2006; 31:155-164.
- 151- Bellini M, Bruschi C: HIV infection and suicidality. *J Affect Disord* 1996, 38(2-3):153-164.
- 152- Lawrence ST, Willig JH, Crane HM, et al. Routine, self-administered, touch-screen, computer-based suicidal ideation assessment linked to automated response team notification in an HIV primary care setting. *Clin Infect Dis* 2010, 50(8):1165-1173.

- 153- The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, Severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004;291: 2581-90.
- 154- Starace F, Ammassari A, Trotta MP, et al. Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31(suppl3): S136-S139.
- 155- Berbel Garcia A, Lattore Ibarra A, Porta Etessam J, et al. Protease inhibitor-induced carbamazepine toxicity. *Clin Neuropharmacol* 2000;23:216-8.
- 156- Olié JP, Daléry J, Azorin JM. Médicaments antipsychotiques : évolution ou révolution ? Paris: Acanthe; 2001.
- 157- Treisman G, Angelino A, Hutton H. Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection. *JAMA* 2001;286:2857-64.
- 158- Kadri.N, Agoub.M, El Gnaoui.S. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : qualitative and quantitative validation.
- 159- Hamilton M, Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J.Psychiatry spécial* 1969, 3:76-79.
- 160- Bech P et al. The Hamilton scale and the Hopkins symptom checklist (SCL90). Across national validity study in patients with panic disorders. *Br.J.Psychiatry* 1992,160:206-211.
- 161- Beck A.T., et Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. Psychological measurements in psychopharmacology. *Mod. Probl in pharmacopsychiatry*, 7, 151-159, ed.P.Pichot, Paris, Karger, Basel, 1974.

- 162- Heckman, T.G., & Carlson, B. (2007). A randomized clinical trial of two telephone-delivered, mental health interventions for HIV-infected persons in rural areas of the United States. *AIDS & Behavior*, 11(1), 5-14.
- 163- Quereda, C., Corral, I., Moreno, A., et al. (2008). Effect of treatment with efavirenz on neuropsychiatric adverse events of interferon in HIV/HCV-coinfected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49(1), 61-63.
- 164- Abiodun O. Adewuya, Mohammed O. Afolabi, Bola A. Ola, e al. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: A control study, *Journal of Psychosomatic Research* 63 (2007) 203- 206.
- 165- A T Olagunju, J D Adeyemi, A R Erinfolami and O A Ogundipe, Factors associated with anxiety disorders among HIV-positive attendees of an HIV clinic in Lagos, Nigeria, *International Journal of STD & AIDS* 2012; 23: 389-393.
- 166- René Brandt et al. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: a systematic review. *African Journal of AIDS Research* Volume 8, Issue 2, 2009, p.123-133
- 167- Eugene Kinyanda, Susan Hoskins, Juliet Nakku, et al. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda, *BMC Psychiatry* 2011, 11:205.
- 168- M. Nyirenda, S.Chatterji , T.Rochat, et al. Prevalence and correlates of depression among HIV-infected and -affected older people in rural South Africa, *Journal of Affective Disorders* 151(2013)31-38.
- 169- Rochat, T., Richter, L., Doll, H., et al. 2006, Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing, *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, no. 12, p 1376-1378.

- 170- Stangl, A., Wamai, N., Mermin, J., et al. 2007, Trends and predictors of quality of life among HIV-infected adults taking highly active antiretroviral therapy in rural Uganda", *AIDS Care*, vol. 19, no. 5, pp. 626-636.
- 171- Booyesen, F., Van Rensburg, H., Bachmann, M., et al. 2007, The heart in HAART: Quality of life of patients enrolled in the public sector antiretroviral treatment programme in the Free State Province of South Africa, *Social Indicators Research*, vol. 81, pp. 283-329.
- 172- Mast, T., Kigozi, G., Wabwire-Mangen, F., et al. 2004, Measuring quality of life among HIV-infected women using a culturally adapted questionnaire in Rakai district, Uganda., *AIDS Care*, vol. 16, no. 1, pp. 81-94.
- 173- Sikkema, K.J., Hansen, N.B., Meade, C.S., et al. (2005).Improvements in health-related quality of life following a group intervention for coping with AIDS-bereavement among HIV-infected men and women.*Quality of Life Research*, 14, 991_1005.
- 174- Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., et al. (2005).Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 587_598.
- 175- Serovich, J.M., Kimberly, J.A., Mosack, K.E., et al. (2001).The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. *AIDS Care*, 13, 335_341.
- 176- Olley, B., Seedat, S., Nel, D. G., & Stein, D. 2004b, "Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa, *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 18, no. 8, pp. 481-487.