

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2002-2003

Thèse N°.....

Les manifestations psychiatriques chez les
personnes vivant avec le VIH dans les services de
Médecine Interne et de Maladies Infectueuses de
l'Hôpital National du Point G

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie
Par Mademoiselle **Takougang Moto Ginette Sorelle**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Baba Koumaré
Membres : Dr Bakoroba Coulibaly

Directeur de thèse : Pr Hamar A Traoré
Co-directeur de thèse : Dr Daouda K Minta

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
I- Introduction.....	1
II- Objectifs	2
GENERALITES	3
I Epidémiologie	3
II Historique	3
III Virologie et structure du VIH	4
IV Pathogénie	5
V Transmission	6
VI Clinique	7
VII Atteintes neuropsychiatriques	13
A- Psychopathologie	13
B- Syndromes anxiodépressifs	13
C- Les troubles du comportement	15
D- Etats psychotiques	16
E- Syndromes cérébraux organiques	16
F- Syndromes psychiatriques iatrogènes	20
VIII Classification	21
IX Anomalies biologiques	22
X Moyens diagnostiques	23
XI Prise en charge des patients	24
MALADES ET METHODE	27
I Cadre de l'étude	27
II Lieu d'étude	27
III Malades	27
IV Méthodologie	28
RESULTATS	30
COMMENTAIRE ET DISCUSSION	50
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXE	
FICHE SIGNALETIQUE	

I – Introduction :

L'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui un grave problème de santé publique dans le monde en général et plus particulièrement en Afrique car la prévalence et l'incidence de cette affection sont de plus en plus élevées. La séroprévalence du VIH /SIDA chez les adultes de 15 à 49 ans est de 8,4% en Afrique sub-saharienne et environ 1,7% au Mali en 2001 selon EDS-M III [1].

Avec l'expansion de cette affection on note une recrudescence d'un certain nombre d'infections et affections opportunistes telles la tuberculose, les mycoses superficielles et systémiques, la microsporidiose, etc. [2]. A ces atteintes organiques avec troubles le plus souvent somatiques, on retrouve associés, des troubles psychiatriques dont la fréquence élevée au cours du SIDA est désormais largement reconnue [3] d'après les études faites dans les pays occidentaux.

A New York, aux Etats Unis, une étude faite dans un centre spécialisé dans la prise en charge des sujets atteints du VIH/SIDA révèle une fréquence de 99,8% de patients présentant un trouble psychiatrique [4].

Ces troubles peuvent survenir de façon précoce au cours du SIDA et même être inaugurale dans 5 à 10% et précéder la découverte des anomalies sérologiques [5]. Ils sont susceptibles d'apparaître tout au long de l'évolution de la maladie[3].

Les manifestations les plus fréquemment rencontrées sont les syndromes anxiodépressifs, les troubles de comportement tels la non coopération, la mauvaise observance thérapeutique [3, 6] et peuvent aller jusqu'aux troubles cognitifs voire la démence [7].

Les étiologies de ces différents troubles peuvent être liées aux infections opportunistes bactériennes, mycobactériennes, virales, mycosiques qui sont plus graves chez le sujet porteur du VIH avec atteinte encéphalique [7]. Le virus lui-même peut être responsable d'encéphalite et entraîner des manifestations psychologiques liées à la connaissance par le patient de sa séropositivité qui est souvent comparée à une condamnation à mort surtout en Afrique où l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux est très difficile.

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 Mali, 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.

II – Objectifs :

Les objectifs de notre étude étaient les suivants :

1) Objectif général :

- Déterminer la prévalence des manifestations psychiatriques au cours de l'infection à VIH.

2) Objectifs spécifiques :

- Décrire les manifestations psychiatriques chez les sujets porteurs du virus VIH avant et après l'annonce de la séropositivité.
- Identifier les facteurs de risque de survenue de ces troubles.
- Déterminer le rapport entre le degré d'immunodépression et la survenue de ces troubles.

I- Epidémiologie

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, 40 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/SIDA.

L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée par le VIH/SIDA avec 28,1 millions soit plus de 70% [8]. La majorité des cas concerne les sujets jeunes de 15 à 49 ans, qui est la tranche d'âge active de la population. Cet état de fait a ainsi de lourdes conséquences socioéconomiques. Il représente la première cause de morbidité en Afrique, (environ 20%), avant le paludisme.

Le taux de prévalence est le plus élevé en Afrique subsaharienne, de l'ordre de 8% chez les adultes, avec de grandes variations selon les pays. Le centre de l'épidémie s'est déplacé de l'Est vers le Sud du continent où la prévalence du VIH est maintenant proche de 30% dans la population urbaine [9]. Le taux d'incidence est en nette progression sur tout le continent, en Europe de l'Est, en Asie, en Amérique du Sud. Ceci contrairement aux pays industrialisés (Europe occidentale, Etats-Unis, Australie,...) où le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH a diminué depuis le début de l'épidémie avec une tendance à la stabilisation [9]. Au Mali, la prévalence est estimée à 1,7%.

II- HISTORIQUE [10]

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

Les premiers sérums VIH positif sont reconnus à posteriori aux Etats Unis en 1977.

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

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

Les premiers cas de SIDA sont retrouvés en Afrique Centrale, au Zaïre en 1984. Le type 2 du VIH est isolé en 1986. 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.

III- VIROLOGIE ET STRUCTURE DU VIH

1) Rappels sur les rétrovirus [11] :

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 répllication : 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
- les oncovirus subdivisés en 5 groupes. Chez l'homme il a été identifié en 1980 les human T leukemia lymphoma virus (HTLV-I et HTLV2).
- Les lentivirus, dont font partie les VIH, impliqués dans des maladies non tumorales détruisent les cellules qu'ils infectent.

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 [12].

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

- La protéine interne majeure du VIH a un poids molécule de 24 000 (P24).

- La protéine la plus interne, associée à l'ARN, a un poids moléculaire de 15 000 (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 la 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 [13] :

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins 3 gènes gag, pol et env codant respectivement pour les protéines internes de la nucléocapsides, 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.

IV- PATHOGENIE

1- Cycle de réplication du VIH [11]:

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 [11].

- D'autres mécanismes d'entrée du virus dans la cellule hôte ont été décrits. Par exemple, la pénétration par l'intermédiaire du récepteur Fc des immunoglobulines ou du récepteur pour le complément sous la forme d'un complexe virus anticorps, ou encore par l'intermédiaire de glycolipides, notamment le galactocéramide [13].

→ Retrotranscription et intégration [11] :

L'ARN viral, encore associé à des protéines de capsid est retrotranscrit en ADN complémentaire par la RT. Puis cet ADN monocaténaire est copié par la RT en ADN bicaténaire. Celui-ci entre

dans le noyau de la cellule et s'intègre à l'ADN chromosomique grâce à l'intégrase viral.

→ Transcription et synthèse des protéines virales [11] :

Après l'intégration de l'ADN proviral à l'ADN cellulaire, la transcription du génome viral en ARN messager 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 [13].

2- 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 T CD4+ helper, mais aussi des monocytes et macrophages, les cellules dendritiques du sang et les homologues, les cellules de Langherans, les cellules microgliales du système nerveux central. [11].

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.

3- Propriétés cytopathogènes :

L'effet est surtout marqué sur les CD4+. Plusieurs mécanismes sont décrits :

- fusion des cellules en agrégats géants avec de multiples noyaux et ballonnement de la membrane cellulaire. Ce phénomène est médié par la gp 41 qui joue un rôle majeur dans la destruction des lymphocytes CD4+.

- Autres mécanismes :

- ◆ Toxicité directe du virus et ses protéines sur la cellule
- ◆ Apoptose par fragmentation de l'ADN chromosomique cellulaire déclenché par des cytokines, par la liaison de la glycoprotéine gp 120 à la molécule CD4, et voire par des super antigènes (mycoplasme).

- ◆ Destruction des cellules infectées par les cellules CD8 cytotoxiques.

V- TRANSMISSION [14] :

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

1° La transmission sexuelle :

La majorité des infections pour 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 [8].

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.

2° 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 donneurs.

3° 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'Azydothimidine (AZT) par la mère pendant la grossesse et par l'enfant pendant les 6 premières semaines de vie.

4° 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 composant inactivant le virus.

VI- CLINIQUE

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

1) Primo infection VIH [15]:

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 polyneuropathie [16, 17].

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 avec une incidence cumulée du SIDA de 50% à 7 ans.

* Les facteurs génétiques : la présence de l'antigène 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 [18].

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 [19].

3- Phase symptomatique [18]:

Au cours de cette phase surviennent des infections dites opportunistes dont les plus fréquentes sont les suivantes :

a) Pneumocystose : infection à *Pneumocystis carinii*.

C'est l'une des infections opportunistes les plus fréquentes. La principale manifestation est la pneumopathie avec une toux tenace, une dyspnée progressive, une fièvre à 38°- 40°C, plus rarement une douleur thoracique. Le mode d'installation est souvent progressif ou parfois plus aigu. L'auscultation pulmonaire est souvent normale. L'aspect radiologique le plus évocateur est celui d'une pneumopathie interstitielle diffuse bilatérale. Le diagnostic est fait par la mise en évidence du parasite à l'examen direct dans le produit de lavage bronchoalvéolaire.

L'évolution sans traitement se fait vers l'insuffisance respiratoire aiguë pouvant conduire au décès.

b- Toxoplasmose : infection à *Toxoplasma gondii*

La principale localisation est le système nerveux central. L'encéphalite toxoplasmique se manifeste par une fièvre, un trouble de la conscience de degré variable, des céphalées, des signes neurologiques focaux.

Le diagnostic est posé à la TDM ou à l'IRM cérébrale devant des images caractéristiques. Au scanner cérébral, on retrouve une prise de contraste annulaire ou nodulaire au sein d'une hypodensité, multiple dans deux tiers des cas. Une sérologie toxoplasmique positive et la non

prise de prophylaxie secondaire par le cotrimoxazole sont des éléments en faveur.

Les autres localisations sont rares : encéphalite diffuse, chorioretinite, pneumopathie.

c- Candidoses :

Elles sont observées chez 80 à 90% des patients infectés par le VIH. La principale localisation est oropharyngée. Elle est décrite par une langue noirâtre, surtout des dépôts blanchâtres au niveau de la face interne des joues, entraînant une sensation désagréable dans la cavité buccale.

L'atteinte œsophagienne se traduit le plus souvent par des brûlures retrosternales et épigastriques mais elle peut être asymptomatique. Le diagnostic est posé par la fibroscopie qui permet de faire des biopsies permettant la mise en évidence des levures par la culture sur milieu de Sabouraud.

Les autres localisations (oculaire, osseuse, septicémie) sont exceptionnelles.

d- Infections à mycobactéries :

→ Infection à *Mycobacterium tuberculosis*:

Elle survient parfois chez des patients ayant de plus de 200 CD4/mm³. Les populations vivant dans des conditions socio économiques défavorables sont particulièrement exposées.

Les manifestations cliniques diffèrent peu de celles de la tuberculose chez des immunocompétents. A un stade avancé de l'immunodépression, elle peut prendre une forme atypique. L'aspect cavitaire radiologique d'atteinte pulmonaire est plus rare.

L'anergie tuberculique est fréquente du fait de l'immunodépression. Les atteintes extrapulmonaires sont fréquentes, isolées ou associées à l'atteinte pulmonaire: ganglionnaire thoracique, abdominale ou superficielle, hépatique, splénique, méningée.

Elle est la première cause de fièvre au long cours inexplicée. Le diagnostic est posé par la mise en évidence du bacille de Koch à l'examen direct du tubage gastrique ou autres prélèvements.

→ Infection à mycobactéries atypiques:

Elles apparaissent en général lorsque le taux de CD4 est inférieur ou égal à 50/mm³. L'infection peut être localisée au niveau pulmonaire, des ganglions superficiels, digestif (entérite ou cholangite).

Le tableau le plus caractéristique est la forme disséminée: fièvre prolongée, sueurs, altération marquée de l'état général, hépatosplénomégalie, anémie, voire diarrhée.

Le diagnostic est posé devant la positivité des hémocultures, plus rarement par la myéloculture.

Le pronostic est grave mais amélioré par le traitement dont les modalités ne sont pas encore clairement définies.

e- Infection à cytomégalovirus:

Elle est le plus souvent le fait d'une réactivation de CMV latent dans l'organisme. Elle survient chez les patients séropositifs pour le CMV. La localisation principale est la rétinite dans 70 à 80% des cas.

Le diagnostic est fait au fond d'œil de façon fortuite ou plus rarement devant des troubles de la vue, une baisse de l'acuité visuelle unilatérale au début, pouvant devenir bilatérale.

La deuxième localisation est la colite dans 15 à 20%. Les autres localisations sont l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, l'appendice, cholangite, pancréatite. Plus rarement une encéphalite, une myélite, une polyradiculonévrite.

f- Cryptococcose:

L'infection à *Cryptococcus neoformans* est rare en France et plutôt fréquente en Afrique. Elle réalise le plus souvent une méningoencéphalite. La méningite à cryptocoque se traduit par un syndrome méningé fébrile. Ses manifestations peuvent être discrètes voire absentes. On peut retrouver des signes neurologiques focaux déficitaires, des troubles visuels ou de la conscience, des signes d'hypertension intracrânienne.

Le diagnostic se fait à l'examen direct par la coloration à l'encre de chine et la culture du LCR sur milieu de Sabouraud.

A la TDM ou l'IRM, on retrouve des signes d'hypertension intracrânienne ou un cryptococcome (image ronde prenant le contraste en périphérie).

Autres localisations: pulmonaire, hépatique, digestive, médullaire, cutanée, prostatique.

g- Coccidioses intestinales : cryptosporidiose – microsporidiose.

Elles sont responsables de diarrhée aqueuse chronique évoluant par poussée avec des périodes de rémission spontanée sans fièvre ni

signe extradiigestif. Elles peuvent aller jusqu'à 10 selles/jour responsables de dénutrition et de déshydratation.

Le diagnostic est fait par la mise en évidence du parasite dans les selles.

h- Autres complications infectieuses :

- Les infections bactériennes récidivantes sont de localisation principale pulmonaire, sinusienne, prostatique.

- Les infections virales à virus herpès simple, virus zona varicelle sont récidivantes, fréquentes et extensives.

- L'Ebstein Barr virus est incriminé dans la leucoplasie chevelue de la langue. Il semble jouer aussi un rôle dans les lymphomes cérébraux.

- Les neurosyphilis, les salmonelloses récidivantes, infection à papovirus, la leucoencéphalite multifocale progressive, et les dysplasies du col utérin.

i- Complications dues au VIH ou d'étiologie incertaine :

- L'encéphalite à VIH : survient dans 15 à 20% des cas, se traduisant par des troubles des fonctions supérieures de la mémoire et l'installation progressive d'un syndrome démentiel, et à un stade évolué des déficits neurologiques.

- Le VIH peut aussi être responsable de myélite et de neuropathie périphérique, de glomérulonéphrite avec hyalinose segmentaire et focale entraînant une protéinurie voire un syndrome néphrotique pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale.

- Atteintes hématologiques dont la plus anciennement connue est la thrombopénie.

- La pneumopathie interstitielle lymphoïde est une pneumopathie d'évolution chronique due à une infiltration du parenchyme par les lymphocytes CD8 favorisant la surinfection bactérienne récidivante. Cette infiltration peut s'observer au niveau des nerfs périphériques, des organes hématopoïétiques, des reins ...etc.

- Le syndrome cachectique lié au VIH : il s'agit d'une altération de l'état général avec un amaigrissement majeur dû à l'augmentation des dépenses énergétiques induites par le virus et la diminution des apports caloriques.

j- Principales néoplasies secondaires :

→ **Maladie de Kaposi** : c'est l'affection néoplasique la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, 20 à 40% des cas. Il s'agit d'une néoplasie endothéliale d'origine lymphatique ou vasculaire avec une prolifération des structures vasculaires. Le virus HHV8, du groupe herpès, serait incriminé dans sa pathogénie. Les localisations peuvent être cutanéomuqueuses (la plus fréquente) sous forme de nodules indolores de couleur violacée de taille variable. Tous les viscères peuvent être atteints : poumons, ORL, appareil digestif.

→ Lymphomes :

- la majorité est de type B immunoblastique (25-30%), à petites cellules non clivées type Burkitt (36-40%) ou à grandes cellules centroblastiques (10-30%).

- Hodgkin : sa fréquence est la même que dans la population générale, mais le stade IV survient plus fréquemment d'emblée.

VII- ATTEINTES NEUROPSYCHIATRIQUES

A - Psychopathologie :

Depuis le début de l'épidémie, une série de troubles psychiatriques, de réactions psychologiques ont été décrits. L'infection par le VIH s'inscrit irréversiblement dans l'histoire du sujet. D'emblée à l'annonce de la séropositivité, le sujet appréhende la gravité de son atteinte. Le déroulement de la maladie, quelles que soient les manifestations physiques ou psychiques, est propre à chacun [20]. Si l'on peut dégager des éléments déclenchant dont la survenue mais également l'accumulation sont à l'origine de plusieurs décompensations, la singularité de chacun est présente tout au long de l'évolution [21]. La question de la mort est présente bien avant le moment final. Le diagnostic de séropositivité est souvent porteur de connotation mortifère, le mauvais pronostic étant connu de tous [22].

B - Syndromes anxiodépressifs :

1) Syndromes dépressifs :

Au cours du SIDA, ils possèdent 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 [23,24].

La symptomatologie dépressive reste classique et peu spécifique : inhibition avec aboulie, asthénie, parfois ralentissement psychomoteur, tristesse, vision péjorative de l'avenir, autodévalorisation voire culpabilité, mais aussi irritabilité, agressivité [20]. 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. Il en est de même avec les troubles cognitifs des débuts d'encéphalopathie [25].

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 [22]
- 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 [20, 26, 27].

Les dépressions névrotiques avec manifestation phobique telles les phobies d'impulsion sont plus rares que les dépression psychotiques. Celles-ci réalisent des tableaux dépressifs d'intensité variable, précédant les troubles confusionnels caractéristiques d'une atteinte cérébrale organique [20].

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 déclenchants, la réponse aux traitements antidépresseurs.

2) Manifestations anxieuses :

Elles sont rarement absentes au cours du SIDA, hormis chez les patients présentant des mécanismes de défense à type de déni. Celui-ci leur permet une adaptation transitoire ou plus durable. [20,25].

La sémiologie comprend des troubles somatoformes : sécheresse de la bouche, troubles digestifs (diarrhées, vomissements), sensation de

tension interne, paresthésies, éruption dermatologique, mais également difficultés de concentration, idée de mort imminente. Les circonstances de survenue sont les moments du test, l'annonce d'une éventuelle séropositivité, l'atteinte d'une infection opportuniste et aujourd'hui la crainte, en cas d'amélioration que celle-ci ne soit pas durable [23].

L'anxiété peut atteindre des niveaux d'intensité extrême réalisant une urgence cardiovasculaire, neurologique ou digestive, conduisant à des hospitalisations répétées.

Un raptus anxieux peut conduire à une tentative de suicide. Cette éventualité a été décrite chez les sujets auxquels la séropositivité a été annoncée sans précaution psychologique particulière [23].

Les sujets séropositifs plus anxieux et plus déprimés que les sujets séronégatifs dans l'après-coup du test, retrouveraient d'après certains auteurs, un état similaire à celui des sujets séronégatifs dans les dix semaines suivantes [28, 29].

C - Les troubles du comportement :

Ils représentent le deuxième motif principal de demande de consultation psychiatrique en raison de leur fréquence et des difficultés particulières dans la prise en charge thérapeutique des patients.

1) Tentative de suicide :

Le retentissement de l'infection par le VIH sur la vie entière de l'individu entraîne parfois dans un contexte où le désir de vie peut s'altérer, l'apparition d'idée suicidaire voire de passage à l'acte autoagressif.

En Europe, les premières études faisaient état d'un taux considérable de suicide allant jusqu'à 36 fois le taux d'une population appariée témoin. Il en est de même aux Etats-Unis ; une étude faite à New York sur les causes de décès pendant l'année 1985 référées au diagnostic de SIDA, établit le risque relatif de suicide chez les hommes de 20 à 59 ans connaissant leur séropositivité depuis en moyenne 6 mois, comme 36 fois supérieure à celui d'une population appariée [30].

Ces chiffres ont été revus à la baisse de 20 à 30% selon les études mais le taux de risque de suicide reste plus élevé dans la population vivant avec le VIH.

Diverses circonstances favorisent le suicide : le moment de l'annonce de la séropositivité, le début du SIDA ou la succession des atteintes physiques au décours de la maladie.

2) Non coopération thérapeutique [25]

Le défaut d'observance thérapeutique, le vagabondage hospitalier et la discontinuité des prises en charge médicales, avec multiplication des investigations redondantes, refus d'exploration et de soins sont particulièrement fréquents chez ces patients, en particulier chez les toxicomanes utilisateurs de stupéfiants par voie veineuse.

3) Retrait social [25]

Ce trouble du comportement s'associe à une tendance à l'isolement et à une rupture des liens avec l'entourage. Il est commun aux troubles du caractère, aux troubles dépressifs, aux manifestations psychotiques et aux états démentiels débutants.

D – Etats psychotiques :

Les tableaux cliniques observés sont des réactions psychotiques d'allure schizophrénique ou paranoïaque où dominant les thèmes de préjudice parfois orientés à l'encontre du corps médical. Les accès psychotiques aigus associent, les hallucinations avec les thèmes interprétatifs ou grandioses, les stéréotypies mentales et verbales, les modifications de l'humeur avec froideur inaffektive ou expansion maniaque inhabituelles.

Devant un tableau de bouffée délirante aiguë, après avoir éliminé une confusion, une cause iatrogène ou organique, quelques éléments guident au diagnostic [20] :

- Il peut s'agir d'un épisode isolé, réactionnel à l'annonce de la séropositivité ou à un événement au pouvoir émotionnel fort.
- Il peut s'agir de l'entrée dans la psychose si le patient appartient à la tranche d'âge ou les expériences délirantes primaires sont fréquentes [30].
- Il peut s'agir d'un épisode aigu d'une psychose chronique.

Ces accès psychotiques aigus sont qualifiés de fonctionnels en vue de souligner leur caractère transitoire.

E - Syndromes cérébraux organiques :

1) Syndromes confusionnels :

Ils sont évoqués devant une obnubilation de la conscience, des troubles de la mémoire, de l'attention, de la vigilance, une désorientation temporo-spatiale, une perturbation du cycle éveil-sommeil réalisant des

tableaux d'intensité variable allant de la simple obnubilation à la stupeur akinétique [20, 25, 31]. Ils traduisent de façon non spécifique une souffrance cérébrale quel qu'en soit le mécanisme.

Parmi les étiologies [20], on retrouve :

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

Devant un syndrome confusionnel, il faudrait rechercher tout d'abord un processus organique cérébral éventuellement curable.

2) Psychosyndromes organiques [20]

Ils associent à degrés variables, des troubles de la mémoire, de l'attention et de l'affectivité. L'apathie, l'indifférence, les troubles du contrôle pulsionnel avec bouffée d'agressivité, les troubles du caractère avec méfiance constituent un tableau clinique monomorphe, distinct de la confusion mentale, en raison de l'absence de trouble de la conscience ; et distinct de la démence en raison de la conservation des fonctions supérieures.

3) Troubles cognitifs :

Par troubles cognitifs on entend un dysfonctionnement de certaines fonctions supérieures, en particulier l'attention, la concentration et la mémoire.

En 1991, une nouvelle terminologie est adoptée par l'Académie Américaine de Neurologie et l'OMS : le syndrome cognitif et moteur associé au VIH-1 en remplacement de « l'encéphalite subaiguë », « l'encéphalopathie du VIH », « la démence liée au SIDA », « les désordres neurocognitifs associés au VIH », et « les anomalies neurocomportementales associées au VIH ».

Deux groupes de manifestations composent ce syndrome : les manifestations sévères comprenant le complexe démentiel et la myélopathie, et les manifestations légères de type troubles cognitivomoteurs associés au VIH1 [31].

a- Troubles cognitivomoteurs liés au VIH [20]

Dans ce cas, les sujets sont capables de réaliser toutes les tâches de la vie professionnelle et de la vie courante sauf les plus complexes, et leurs troubles peuvent être réversibles.

Cliniquement on retrouve au moins un des symptômes cognitifs suivants depuis plus d'un mois : altération de la mémoire, altération de la concentration, ralentissement mental, apathie. Ceci associé à des anomalies des tests moteurs, des réflexes, neuropsychologiques. Il faudrait éliminer toute autre explication à ces troubles (dépression, usage des drogues,...).

L'évolution de ces troubles vers la démence survient seulement dans 15% des cas.

b- Démence liée au VIH :

La démence se définit comme un déficit global acquis, chronique et spontanément irréversible, qui altère les fonctions intellectuelles, affectives et sociales.

Au cours du SIDA, elle se présente sous forme de démence sous-corticale liée à l'infection de l'encéphale par le VIH [23, 32].

Il a été décrit par des auteurs américains sous le terme de « AIDS dementia complex » (complexe démentiel du SIDA) en 1986. On y retrouve des troubles cognitifs d'apparition précoce (lenteur d'idéation, trouble de la mémoire), des troubles moteurs d'apparition plus tardive en quelques semaines ou quelques mois (difficulté à la marche, trouble de l'équilibre, parésie des membres inférieurs) ; des troubles du comportement fréquents tels que l'apathie, le désintérêt, le retrait social et professionnel, la labilité émotionnelle. Ceci est parfois associé à une anorexie avec perte de poids et diarrhée. L'évolution sans traitement, se fait vers un état grabataire préterminal. [23, 32].

La classification de Price se fait en six stades cliniques, de 0 à 4. Les stades 0,5 et 1 ont été rattachés par l'OMS et CDC, aux troubles cognitifs/moteurs associés au VIH. [20, 32].

Sur le plan épidémiologique, en Occident, on note une diminution de l'incidence au fil des années [20].

Dans une étude rétrospective effectuée sur 10 ans, de 1979 à 1989 dans 17 pays européens, 4,5% des cas de SIDA ont été diagnostiqués devant un syndrome démentiel et 7,8% l'ont présenté au cours de l'évolution du SIDA [33]. La prévalence serait comprise entre 6,5 et 20% selon les études [20, 34].

Tableau I : Stades cliniques du complexe démentiel du SIDA (Price, 1988).

Stade	Caractéristiques
0 (normal)	Fonctions intellectuelles et motrices normales
0,5 (équivoque, subclinique)	Symptômes absents, minimes ou équivoques sans altération de la capacité de travail ou de la capacité à effectuer les tâches quotidiennes. Signes neurologiques discrets parfois présents. Marche et force normale.
1 (léger)	Capacité à effectuer pratiquement toutes les tâches professionnelles et les activités quotidiennes mais existence sans équivoque d'une altération des fonctions intellectuelles ou motrices. Marche sans aide.
2 (modéré)	Capacité à effectuer les soins personnels de base, mais incapacité à travailler ou à assurer la plupart des exigences de la vie quotidienne. Maintien à domicile possible, soutien parfois nécessaire.
3 (sévère)	Handicap intellectuel majeur ou handicap moteur (marche sans assistance impossible).
4 (stade terminal)	Etat pratiquement végétatif. Paraparésie ou paraplégie avec incontinence urinaire et fécale. Mutisme ou semi mutisme. Atteinte globale des fonctions cognitives.

Les facteurs de risques sont [32, 33, 34] :

- les sujets âgés de plus de 50 ans ;le risque augmentant avec l'âge.
- les enfants séropositifs
- l'usage des drogues intraveineuses
- l'immunodépression : la probabilité à 2 ans de développer un syndrome moteur et cognitif est plus élevée chez les patients avec un taux de $CD4 < 100/mm^3$.
- le niveau de la charge virale plasmatique : un taux supérieur à 30 000 copies/ml augmente le risque de démence d'un facteur 8,5 par rapport à une charge virale < 3000 copies.
- Le risque est deux fois plus important chez les femmes que les hommes [33].
- D'autres facteurs prédictifs ont été notés tels que : un faible indice de masse corporelle, une anémie, un taux de microglobuline $> 5mg/l$ et de néoptérine $>20mmol/l$ dans le LCR.

La survenue du complexe démentiel un est un facteur de mauvais pronostic ; la médiane de survie étant de 3 à 9 mois [32]. L'introduction

du traitement antirétroviral a permis de réduire l'incidence des troubles cognitifs.

F - Syndromes Psychiatriques iatrogènes :

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

- Parmi les antituberculeux, l'isoniazide peut être incriminé dans l'apparition de troubles du sommeil, d'épisodes maniaques ou dépressifs, de symptômes d'allure schizophrénique. L'éthambutol peut être responsable d'hallucination ou confusion. La rifampicine peut aussi occasionner des états confusionnels. [20]

- Parmi les antiparasitaires, la pyriméthamine et ses associations peuvent être à l'origine d'insomnie, de sensation ébrieuse. Le métronidazole peut causer des états confusodélirants, des troubles graves de l'humeur [20].

- La sulfadiazine utilisée dans la toxoplasmose peut être incriminée dans la survenue de confusion, de syndromes hallucinatoires. [35]

- Les corticoïdes sont à l'origine de trouble de l'humeur, d'anxiété, de réactions psychotiques [36], de troubles de comportement.

- Certains antiémétiques telles la métoclopramide et la scopolamine peuvent entraîner des hallucinations tactiles ou visuelles, une confusion [20].

- Parmi les antiviraux, l'aciclovir en intraveineux a été impliqué dans la survenue d'états d'agitation, de confusion ou d'hallucination [20]

- Parmi les antimétabolites utilisés dans le traitement des lymphomes et du sarcome de kaposi, certains seraient à l'origine de dépression, hallucination ou d'agitation [20]. L'interféron α peut occasionner une atteinte des fonctions supérieures, des troubles de l'humeur et du comportement.

- Parmi les antirétroviraux :

- La zidovudine a été incriminée dans la survenue de manie, de troubles de sommeil, d'anxiété, d'asthénie et d'anorexie [20, 21].

- L'efavirenz peut entraîner des insomnies, une somnolence, des modifications des rêves (cauchemars), des troubles de la concentration, des sensations vertigineuses. Ils peuvent être sévères chez 2,9% des patients traités. Il s'agit d'effets secondaires transitoires disparaissant après deux à quatre semaines [25].

- La didanosine, dans quelques cas, serait à l'origine d'états maniaques. Chez 25% des patients, elle entraînerait des insomnies, asthénie et anorexie [25].

- L'indinavir peut générer de l'anxiété, une baisse de l'acuité intellectuelle, une agitation, des troubles du sommeil et un syndrome dépressif, chez 2% des patients.
- Le saquinavir, le nelfinavir et la lamivudine seraient à l'origine d'asthénie dans 2 à 4% des cas [25].
- La zalcitabine peut être à l'origine de confusion et d'un syndrome dépressif chez moins de 3% des patients [25].

VIII – Classification

1° - Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 CDC 1993

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	A Patient asymptomatique ou primo-infection ou lymphadénopathies persistantes généralisées	B Patient symptomatique sans critère de A ou C	C SIDA
>500/ μ l ou >29%	A1	B1	C1
200 à 499/ μ l ou 14 à 28%	A2	B2	C2
<200/ μ l ou < 14%	A3	B3	C3

Critères de la catégorie B	Critères de la catégorie C
<ul style="list-style-type: none"> •angiomatose bacillaire •candidose oropharyngée •candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement •dysplasie du col, carcinome in situ •syndrome constitutionnel : fièvre >38,5°C ou diarrhée >1 mois •leucoplasie chevelue de la langue •zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome •purpura thrombocytopenique idiopathique •salpingite, en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens •neuropathie périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> •candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire •candidose oesophagienne •cancer invasif du col utérin •coccidioïdomycose extrapulmonaire •infection à CMV autre que foie, rate ou ganglion •rétinite à CMV avec perte de la vision •encéphalopathie due au VIH •infection herpétique : ulcères chroniques > 1 mois ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne •histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire •isosporeose intestinale chronique >1mois •sarcome de Kaposi •lymphome de Burkitt •lymphome immunoblastique •lymphome cérébral primaire •infection à <i>Mycobactérium avium</i> ou <i>M. kansasii</i> disséminée ou extrapulmonaire •infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire •infection à <i>Mycobactérium tuberculosis</i> quel que soit le site •pneumopathie à <i>Pneumocystis carinii</i> •pneumopathie bactérienne récurrente •toxoplasmose cérébrale •syndrome cachectique dû au VIH

2°- Classification de BANGUI, 1985 (Définition clinique du sida de l'adulte en Afrique).

Présence d'au moins deux signes majeurs associé à au moins un signe mineur, en l'absence d'autre cause d'immunodépression cellulaire

Signes majeurs	Signes mineurs
<ul style="list-style-type: none">• Amaigrissement >10%• Diarrhée chronique depuis plus d'un mois• Fièvre (continue ou intermittente) depuis plus d'un mois	<ul style="list-style-type: none">• Toux persistante depuis plus d'un mois• Dermatite prurigineuse généralisée• Zona récidivant• Candidose oro-pharyngée• Infection à herpès chronique ou disséminée• Lymphadénopathie généralisée

IX – Anomalies biologiques [18]

On retrouve des anomalies hématologiques isolées ou diversement associées :

- l'anémie chez 70 % des patients, de type inflammatoire ou par myélodysplasie.

- La thrombopénie dans 10 à 15% des cas par atteinte centrale ou périphérique.

- La leucopénie avec neutropénie dans 50% des cas et une lymphopénie qui est presque constante.

On peut aussi trouver des troubles de l'hémostase dus à la présence d'anticorps antiphospholipide avec un temps de céphaline kaolin allongé.

Les anomalies de la fonction rénale sont l'hyponatrémie, l'insuffisance rénale par glomérulosclérose ou par toxicité des médicaments et l'insuffisance rénale aiguë par choc hypovolémique ou toxique.

X – Moyens diagnostiques

1° Diagnostic virologique

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte est dans la grande majorité des cas basé sur la détection des anticorps.

a- Dépistage des anticorps

Il doit se faire par deux tests différents :

- soit deux tests Elisa (Enzyme linked immunosorbent assay) mixtes détectant à la fois les anticorps anti VIH-1 et anticorps anti VIH-2.

- soit un test Elisa mixte associé à un test Elisa VIH-1 monospécifique ;
- soit un test Elisa mixte associé à un test rapide.

b- Confirmation

Lorsque le test de dépistage est positif, un test de confirmation s'impose. Les tests de confirmation sont le Western blot (WB) et l'Immunoblot.

Chez l'enfant né de mère séropositive, un diagnostic précoce et précis s'impose pour une prise en charge rapide. Les anticorps maternels pouvant persister jusqu'à l'âge de 15 mois chez l'enfant, le diagnostic sérologique ne peut se faire. D'autres techniques sont utilisées : l'isolement du virus à partir des lymphocytes de l'enfant, ou la mise en évidence de l'ADN viral dans les lymphocytes périphériques par méthode d'amplification génique (PCR).

2°- Suivi sérologique

Pour le suivi sérologique des patients infectés, il est possible de mesurer l'ARN VIH-1. Ce qui est encore appelé la charge virale. Cet examen est nécessaire avant l'instauration du traitement antirétroviral ainsi que pour suivre son efficacité, mais non indispensable. La mesure de la charge virale et la mesure du taux de lymphocytes CD4+ dans le sang périphérique sont le meilleur marqueur prédictif de l'évolution de l'infection.

XI – Prise en charge des patients

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être pluridimensionnelle associant la psychothérapie et la chimiothérapie.

A° - Chimiothérapie

Elle prend en compte le traitement antirétroviral, le traitement et la prévention des infections opportunistes, et le traitement des affections psychiatriques.

1°- Prise en charge des infections et affections opportunistes.[18]

La plupart des infections opportunistes peuvent être, aujourd'hui, traitées.

- Pneumocystose : Cotrimoxazole fort 960mg à raison de 6 comprimés par voie orale ou 12 ampoules en perfusion par jour pendant 21 jours associé parfois au Solumédrol 240mg/jour

- Toxoplasmose : Pyriméthamine 100 à 200 mg le premier jour puis 50 à 75 mg / jour + Sulfadiazine 4 à 6 g/jour en 3 à 4 prises pendant 6 à 8 semaines + acide folinique 25mg/jour

- Candidoses : Amphotéricine B par voie orale pour la candidose buccale, le Fluconazole per os pour la candidose oesophagienne et en perfusion pour les formes systémiques

- Tuberculose : même traitement que pour les malades immunocompétents

- Mycobactériose atypique : Clarythromycine 1 à 2g/jour

- CMV : Ganciclovir 5mg/kg /12h ou Foscarnet 90 à 100 mg/kg/12h pendant 3 semaines

- Cryptococcose : Amphotéricine B ou Fluconazole en perfusion.

- La pénicilline est utilisée dans les pneumococcies et la syphilis.

- Le cotrimoxazole fort (960mg) à raison de 1 comprimé par jour permet la prophylaxie primaire de la toxoplasmose, pneumocystose, et la prophylaxie secondaire lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³

2° - Les psychotropes

Quelques précautions doivent être prises devant la concomitance d'atteintes organiques et de troubles psychiatriques. Devant l'état somatique altéré d'un patient, il vaut mieux débiter le traitement avec des doses faibles et augmenter la posologie.

Dans le traitement de la dépression, les tricycliques sont d'un intérêt particulier en cas de manifestations douloureuses à cause de leurs propriétés analgésiques et de potentialisation sur les effets antalgiques des morphiniques [37,38,39].

Parmi les anxiolytiques, il convient d'employer, afin d'éviter l'accumulation de leurs métabolites et l'apparition d'une confusion, des benzodiazépines à demi-vie courte telles le Lorazépam (Temesta^R), le Bromazépam (Lexomil^R). Leur prescription doit être de courte durée afin d'éviter les phénomènes de dépendance.

L'usage d'un antidépresseur possédant également une composante sédatrice ou anxiolytique comme amitriptyline (Laroxyl^R) permet en cas d'anxiété de réduire le nombre de médicaments prescrits.

Les effets secondaires semblent être plus fréquents chez les patients séropositifs. La prescription concomitante des psychotropes et des antiretroviraux est parfois difficile, voire impossible ; à cause des interactions médicamenteuses, des effets secondaires. Le maniement des psychotropes est très délicat en particulier avec le Ritonavir [19].

3° - Le traitement antirétroviral

Depuis l'instauration du traitement antirétroviral, on note une amélioration de l'état psychique des personnes vivant avec le VIH. L'annonce de la séropositivité est vécue dans une relative quiétude et la mort n'apparaît plus à beaucoup de patients comme l'échéance obligée. Ce traitement a pour but de réduire la charge virale en bloquant la réplication du virus, permettant ainsi une remontée des moyens de défense de l'organisme. Ceci permet de d'améliorer les conditions de vie, en réduisant considérablement la fréquence de survenue des infections opportunistes.

Actuellement il est admis d'entreprendre un trithérapie selon divers schémas en fonction de l'état du patient, de ses antécédents médicaux et de l'accessibilité des médicaments.

Les principales classes thérapeutiques sont :

- les inhibiteurs de la transcriptase reverse : nucléosidiques et non nucléosidiques
- les inhibiteurs de la protéase

B° - Psychothérapie

La relation qu'entretiennent souvent les patients avec leur médecin, comporte en général une dimension de soutien psychologique. Les anglo-saxons préconisent une prise en charge psychosociale (« counselling ») dès le dépistage de la séropositivité pour permettre un suivi psychothérapeutique si nécessaire au moment voulu. Le counselling avant et après le test HIV permet au médecin d'évaluer l'état psychique du patient et de détecter le moindre changement [40]. Une psychothérapie au bon moment peut éviter le recours aux médicaments psychotropes qui souvent risquent de gommer les symptômes sans les atteindre.

Parler de ses angoisses, de sa tristesse à un tiers, qui n'a pas à intervenir dans les soins et les investigations, peut aider le patient à mieux assumer sa maladie, à consentir à la traiter, à poursuivre une vie professionnelle et sociale aussi longtemps que possible [20,25].

I - Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital National du Point G, dans la ville de Bamako, capitale du Mali. Le Mali est un pays sahélien situé en Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 1 204 192 km² et une population d'environ 11 351 000 d'habitants. Il est composé de 6 communes. La couverture sanitaire est assurée par 11 centres de santé communautaires dont 6 centres de référence, gérés par des médecins spécialistes.

L'Hôpital National du Point G est l'un des trois centres hospitaliers de troisième référence, qui se place au sommet de la pyramide sanitaire du Mali. Il compte 11 services spécialisés dont les services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses. Ces derniers constituent les services de référence dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Mali.

II - Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée à l'Hôpital National du Point G, dans les services de Médecine Interne et de Maladies infectieuses, ceci en collaboration avec le service de Psychiatrie.

III – Malades

1° Population d'étude :

L'étude a concerné les personnes vivant avec le VIH, hospitalisées dans le service de Médecine Interne et le service de Maladies Infectieuses.

2° Critères d'éligibilité :

-Critères d'inclusion :

- Patients à sérologie HIV positive, des deux sexes, hospitalisés
- Patients ayant bénéficié d'une consultation psychiatrique avant et après l'annonce de la séropositivité au VIH

-Critères de non inclusion :

- Patients à sérologie HIV négative
- Autre cause d'immunodépression
- Patients à sérologie HIV positive non hospitalisés

3° Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, exhaustive prenant en compte tous les malades vivant avec le VIH.

4° Période d'étude :

Notre étude a été réalisée pendant 11 mois, d'août 2001 à Juin 2002.

IV – Méthodologie

L'entretien psychiatrique a été réalisé au chevet du patient par un psychiatre, si possible avant et après l'annonce de la séropositivité rétrovirale. Cet entretien a été complété par un examen physique et des examens complémentaires.

1° Variables mesurées :

***Données sociodémographiques :**

Nom et prénoms, âge, sexe, profession, ethnie et nationalité, situation matrimoniale, niveau de scolarisation.

***Cliniques :**

L'examen psychiatrique a permis d'évaluer la présentation du patient, la qualité du contact, les troubles cognitifs (conscience, orientation temporo-spatiale, mémoire, jugement, langage, délire), les troubles psychoaffectifs (humeur, sommeil, alimentation) et la personnalité.

L'examen physique a permis d'apprécier l'état général, le poids, l'indice de Karnofski, les signes généraux et les signes physiques à la recherche d'infection opportunistes. Il a aussi permis de classer les malades selon la classification de Bangui et CDC 1993.

*** Paracliniques :**

- Le taux de CD4
- La charge virale plasmatique et la charge virale intrathécale si possible
- Les caractéristiques du liquide céphalorachidien
- L'hémogramme
- Les perturbations sérologiques telles que la sérologie de toxoplasmose, la sérologie syphilitique (VDRL, TPHA).
- Scanner cérébral si possible
- Anomalies électroencéphalographiques

- Recherche d'infection opportuniste cérébrale concomitante

2° Support des données

Ces données ont été consignées sur une fiche d'enquête (voir annexe)

3° Saisie et analyse des données

Les résultats obtenus ont été analysés sur logiciel Epi-info version 6.4. La saisie a été réalisée sur le logiciel Word Windows 2000. Nous avons réalisé pour la comparaison des variables catégorielles, le test statistique de Khi2 avec un seuil de signification de $P \leq 0,05$.

En 11 mois, d' Août 2001 à Juin 2002, nous avons recensé 69 patients séropositifs au VIH sur 360 dans le service de Médecine Interne, soit une prévalence du VIH de 19,16%. Dans le service de Maladies Infectieuses, 83 patients sur 110 ont été recensés, soit une prévalence de 75,45%.

Au cours de notre étude, 70 patients sur 152 (soit 46%) ont bénéficié d'un examen psychiatrique. Parmi ces malades, 80,55% avant l'annonce et 55,12% après l'annonce ont présenté un trouble psychiatrique.

I – DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age (années)	Effectif	Fréquence (%)
[19 – 28]	11	15,7
[29 – 38]	26	37,2
[39 – 48]	22	31,4
[49 – 58]	8	11,4
[59 – 68]	3	4,3
Total	70	100

L'âge moyen était de 38,67 ans avec des extrêmes de 19 ans et 64 ans.

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	38	54,3
Féminin	32	45,7
Total	70	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec 54,3 %. Le sexe ratio est de 1,18.

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	18	25,7
Peulh	11	15,7
Sarakolé	10	14,3
Malinké	9	12,9
Sonrhäï	5	7,1
Kassonké	3	4,3
Sénoufo	3	4,3
Ouolof	3	4,3
Dafing	2	2,9
Dogon	1	1,4
Maure	1	1,4
Minianka	1	1,4
Mossi	1	1,4
Bozo	1	1,4
Sosso	1	1,4
Total	70	100

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Bambara avec 25,7% de l'effectif.

Tableau 4 : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Femme au foyer	19	27,14
Commerçant	15	21,43
Fonctionnaire	14	20
Chauffeur	5	7,14
Personnel de santé	3	4,29
Hommes en uniforme	4	5,7
Autres*	10	14,29
Total	70	100

*coiffeuse, plombier, tailleur, soudeur,...

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 27,14%.

Tableau 5 : Répartition des patients selon le type de scolarisation

Type de scolarisation		Effectif	Fréquence (%)
Ecole coranique		4	5,7
Ecole franco arabe		0	0
Ecole francophone	Primaire	20	28,6
	Secondaire	24	34,3
	Supérieur	8	11,4
Pas de scolarisation		14	20
Total		70	100

74,3% des patients étaient scolarisés selon le modèle occidental.

Tableau 6 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale		Effectif	Fréquence (%)
Marié	Monogame	23	32,9
	Polygame	20	28,6
Célibataire		16	22,9
Veuf		5	7,1
Divorcé		5	7,1
Union libre		1	1,4
Total		70	100

Les mariés étaient les plus représentés dans notre série (61,5%)

Tableau 7 : Répartition des patients selon leur sexualité

Mode de sexualité	Effectif	Fréquence (%)
Rapports sexuels protégés avec partenaires multiples	1	1,4
Rapports sexuels non protégés avec partenaire unique	9	12,9
Rapports sexuels non protégés avec partenaires multiples	28	40
Non précisé	32	45,7
Total	70	100

Parmi les patients dont le mode de sexualité a été précisé, on note que la majorité d'entre eux continuaient à avoir un comportement à risque (40%).

II- EXAMEN GENERAL

Tableau 8 : Répartition des patients selon l'état général à l'admission

Etat général	Effectif	Fréquence (%)
Bon	1	1,4
Assez bon	11	15,7
Altéré	58	82,9
Total	70	100

82,9 % des patients avaient un état général altéré.

Tableau 9 : Répartition des signes généraux

Signes généraux	Effectif /70	Fréquence (%)
Amaigrissement	69	98,6
Asthénie	66	94,3
Anorexie	40	57,1
Fièvre	38	54,3

L'amaigrissement et l'asthénie étaient présents chez presque tous les patients.

Tableau 10 : Répartition des patients en fonction de l'indice de Karnofski

Indice de Karnofski	Effectif	Fréquence (%)
30%	1	1,4
40%	4	5,7
50%	5	7,1
60%	20	28,6
70%	16	22,9
80%	19	27,2
90%	5	7,1
Total	70	100

30 patients (42,8%) avaient un indice de Karnofski \leq 60% , ce qui dénote de leur état grabataire.

III- EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Sur 70 patients, 36 ont bénéficié d'un examen psychiatrique avant l'annonce de la séropositivité au VIH et 58 après l'annonce de la séropositivité au VIH. Les tableaux ci-dessous présentent nos résultats avant et après l'annonce de la séropositivité au VIH.

Tableau 11 : Répartition des patients selon leur présentation

Présentation des patients	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Correcte	32	88,90	54	93,10
Négligée	4	11,10	4	6,90
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 0,51 \quad \text{ddl} = 1 \quad P = 0,36$$

Dans la majorité des cas, les patients avaient une présentation correcte. On ne notait pas de différence statistiquement significative dans la présentation des patients avant et après l'annonce de la séropositivité VIH.

Tableau 12 : Répartition des patients selon la qualité du contact

Qualité du contact	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Coopérant	29	80,56	50	86,20
Méfiant	2	5,56	2	3,45
Opposant	0	0	2	3,45
Indifférent	5	13,88	4	6,9
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 2,69 \quad \text{ddl} = 3 \quad p = 0,441$$

80,56% des patients avant l'annonce et 86,20% après étaient coopérants.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur la qualité du contact avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 13 : Répartition des patients selon leur niveau de connaissance de l'infection VIH

Niveau de connaissance de l'infection	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Bon	3	8,3	31	53,45
Moyen	9	25	15	25,86
Ignorance	16	44,5	2	3,45
Non précisé	8	22,2	10	17,24
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 32,29 \quad \text{ddl} = 3 \quad p = 0,00000045$$

La majorité des patients (44,5%) ignoraient presque tout de l'infection VIH avant que l'annonce soit faite.

Il existait une différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance de l'infection avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 14 : Répartition des patients selon l'état de conscience

Conscience	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
C. claire	29	80,56	50	86,21
Obnubilation	7	19,44	5	8,62
Stupeur	0	0	3	5,17
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 3,98 \quad \text{ddl} = 2 \quad p = 0,136$$

On notait 19,44% de patients présentant un trouble de la conscience avant l'annonce et 13,79 % après l'annonce de la séropositivité VIH. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux effectifs.

Tableau 15 : Répartition des patients en fonction de l'orientation temporospatiale.

Orientation temporospatiale	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence(%)
Bonne	27	75	46	79,31
Mauvaise	9	25	11	18,97
Non précisé	0	0	1	1,72
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 1,05 \quad \text{ddl} = 2 \quad p = 0,59$$

On notait une désorientation temporospatiale dans 25% des cas avant l'annonce et dans 18,97% des cas après l'annonce de la séropositivité VIH. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les répartitions des deux effectifs.

Tableau16 : Répartition des patients selon les troubles de la mémoire

Trouble de la mémoire	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Absent	27	75	44	75,86
Antérograde	5	13,89	6	10,35
Rétrograde	1	2,78	0	0
Antérorétrograde	1	2,78	5	8,62
Non précisé	2	5,55	3	4,17
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 3,05 \quad \text{ddl} = 4 \quad p = 0,55$$

Les troubles de la mémoire étaient présents dans 19,45% et 18,97% des cas respectivement avant et après l'annonce de la séropositivité VIH. Il

n'existait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des deux effectifs.

Tableau 17 : Répartition des patients selon la présence ou non d'un trouble du jugement

Trouble du jugement	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Présent	8	22,22	10	17,24
Absent	26	72,22	46	79,31
Non précisé	2	5,56	2	3,45
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 0,67 \quad \text{ddl} = 2 \quad p = 0,717$$

22,22% des patients présentaient un trouble du jugement avant l'annonce et 17,24% des patients en présentaient après l'annonce de la séropositivité VIH. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les répartitions des deux effectifs.

Tableau 18 : Répartition des patients selon les troubles du langage

Troubles du langage	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Absent	32	88,88	54	93,10
Logorrhée	1	2,78	0	0
Mutisme	1	2,78	2	3,44
Paralogisme	1	2,78	1	1,73
Aphasie	1	2,78	0	0
Non précisé	0	0	1	1,73
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 4,03 \quad \text{ddl} = 5 \quad p = 0,544$$

11,12% des patients présentaient un trouble du langage avant l'annonce et 5,17% après l'annonce de la séropositivité VIH. Il n'existait pas de différence statistiquement significative, dans la répartition des effectifs des patients avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 19 : Répartition des patients en fonction des troubles de type délire

Délire	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Absent	32	88,89	49	84,48
Présent	4	11,11	9	15,52
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 0,36 \quad \text{ddl} = 1 \quad p = 0,39$$

Avant l'annonce de la séropositivité VIH, 11,11% présentaient un délire. 15,52% patients en présentaient aussi après l'annonce de la séropositivité VIH. Il n'existait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 20 : Les caractères du délire

Caractères du délire		Avant l'annonce		Après l'annonce	
		Effectif /4	Fréquence (%)	Effectif /9	Fréquence (%)
Type	Systématisé	1	25	1	11,11
	Non systématisé	2	50	7	77,78
	Non précisé	1	25	1	11,11
Thème	Persécution	3	75	6	66,67
	Mixte	0	0	2	22,22
	Non précisé	1	25	1	11,11
Mécanisme	Hallucination	3	75	8	88,89
	Non précisé	1	25	1	11,11

La majorité des délires était non systématisée, de mécanisme hallucinatoire et le principal thème retrouvé était la persécution.

Tableau 21 : Répartition des patients selon l'humeur

Humeur	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Dépressive	20	55,56	27	46,56
Expansive	3	8,33	1	1,72
Mixte	3	8,33	0	0
Synthone	9	25	28	48,28
Athymormie	1	2,78	1	1,72
Non précisé	0	0	1	1,72
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 11,27 \quad \text{ddl} = 5 \quad p = 0,046$$

55,56% des patients présentaient une humeur dépressive avant l'annonce de la séropositivité et 46,56% après. Il existait une différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 22 : Répartition des patients en fonction des troubles du sommeil

Trouble du sommeil	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Présent	25	69,44	28	48,28
Absent	10	27,78	29	50
Non précisé	0	0	1	1,72
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 5,05 \quad \text{ddl} = 2 \quad p = 0,08$$

69,44% des patients présentaient des troubles du sommeil avant l'annonce et 48,28% après l'annonce de la séropositivité VIH. Il s'agissait le plus souvent d'insomnie, de cauchemars. Il n'existait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 23 : Répartition des patients selon les troubles de l'alimentation

Trouble de l'alimentation	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Présent	25	69,44	18	31,03
Absent	10	27,78	38	65,52
Non précisé	1	2,78	2	3,45
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 13,39 \quad \text{ddl} = 2 \quad p = 0,0012$$

69,44% et 31,03% des patients présentaient un trouble de l'alimentation respectivement avant et après l'annonce de la séropositivité VIH. Le principal trouble était l'anorexie. La différence entre les effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité était statistiquement significative.

Tableau 24 : Répartition des patients en fonction de la personnalité

Personnalité	Effectif	Fréquence (%)
Normale	61	87,14
Paranoïaque	5	7,14
Réservée	1	1,42
Sensitive	3	4,3
Total	70	100

12,86% des patients présentaient une personnalité particulière.

Tableau 25 : Répartition globale des patients en fonction de leur état psychiatrique

Etat psychiatrique	Avant l'annonce		Après l'annonce	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Etat normal	7	19,45	26	44,88
Etat anxieux	2	5,56	2	3,45
Etat anxiodépressif	5	13,88	7	12,07
Etat dépressif	12	33,33	14	24,13
Syndrome confusionnel	9	25	9	15,52
Syndrome psychotique	1	2,78	0	0
Total	36	100	58	100

$$X^2 = 7,70 \quad \text{ddl} = 5 \quad p = 0,173$$

80,55% des patients avant l'annonce et 55,12% des patients après l'annonce présentaient un trouble psychiatrique avec une prédominance des états dépressifs . Il n'existait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité.

Tableau 26 : Répartition des patients selon le type VIH

Type VIH	Effectif	Fréquence (%)
VIH 1	64	91,4
VIH 2	2	2,9
VIH1 + VIH 2	4	5,7
Total	70	100

91,4% des patients étaient porteurs du VIH type 1.

IV- Infections et affections opportunistes.

Tableau 27 : Répartition des affections opportunistes

Infections et affections opportunistes	Effectif (/70)	Fréquence (%)
Candidose digestive	43	61,44
Tuberculose*	18	25,7
Pneumopathie bactérienne	17	24,3
Prurigo	12	17,14
Diarrhée chronique**	9	12,85
Cryptococcose neuromeningée	6	8,57
Herpès cutanéomuqueux	5	7,14
Polynévrite	4	5,71
Sarcome de Kaposi	4	5,71
Zona	3	4,28
Dermite séborrhéique	5	7,14
Toxoplasmose cérébrale	2	4,28
Autres***	9	8,57

*Tuberculose pulmonaire isolée : 8, tuberculose multifocale : 8, tuberculose ganglionnaire isolée : 2

**Parmi les étiologies retrouvées nous avons l'isosporose, la trichomonase, la cryptosporidiose, l'amibiase

***Dermatophytie : 1, Kératite : 2, Uvéite :1, méningite bactérienne : 2, Septicémie à salmonelle :3.

La mycose digestive était la plus représentée (61,44%) suivie de la tuberculose (25,7%)

V – Biologie

Tableau 28 : Répartition des patients selon le taux de lymphocytes CD4

Taux de CD4 /mm ³	Effectif	Fréquence (%)
]0 – 100]	40	57,14
]100 – 200]	12	17,14
]200 – 300]	9	12,85
]300 – 400]	1	1,43
]400 – 500]	1	1,43
Non précisé	7	10
Total	70	100

57,14% des patients avaient moins de 100 CD4/mm³ et 74,28% des patients avaient un taux de CD4 \leq 200 /mm³

VI- Tableau 29 : Répartition des patients selon la classification CDC 1993

Classe	Effectif	Fréquence (%)
B2	2	2,9
B3	9	12,9
C2	5	7,1
C3	49	70
Non précisé	5	7,1
Total	70	100

70% des patients étaient classés C3.

VII- Tableau 30 : Répartition des patients en fonction de l'état psychiatrique et de l'âge

Age (années)	[19-28]		[29-38]		[39-48]		[49-58]		[59-68]	
	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.
Etat psychiatrique										
Etat normal	0	3	2	5	2	13	2	3	1	2
Etat anxieux	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
Etat anxiodépressif	2	0	1	5	2	3	0	0	0	0
Etat dépressif	3	2	7	8	2	2	0	1	0	0
Syndrome confusionnel	2	1	3	4	3	1	1	2	0	1
Syndrome psychotique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	8	6	13	22	11	20	3	7	1	3

$X^2 = 6,38$	$X^2 = 1,98$	$X^2 = 7,63$	$X^2 = 1,11$	$X^2 = 0,44$
ddl = 4	ddl = 3	ddl = 4	ddl = 3	ddl = 2
p = 0,17	p = 0,576	p = 0,106	p = 0,77	p = 0,75

Les états dépressifs étaient plus fréquents dans la tranche d'âge de 29 – 38 ans. Il n'existait pas de différence significative dans la répartition dans chaque tranche d'âge avant et après l'annonce de la séropositivité.

Av. : Avant l'annonce de la séropositivité

Ap. : Après l'annonce de la séropositivité

Tableau 31 : Répartition des patients en fonction de l'état psychiatrique et du sexe

Sexe \ Etat psychiatrique	Masculin		Féminin	
	Av.	Ap.	Av.	Ap.
Etat normal	5	19	2	7
Etat anxieux	1	1	1	1
Etat anxiodépressif	3	3	2	5
Etat dépressif	1	6	11	7
Syndrome confusionnel	5	7	4	2
Syndrome psychotique	0	0	1	0
Total	15	36	21	22

$$X^2 = 4,12 \quad \text{ddl} = 4 \quad X^2 = 6,60 \quad \text{ddl} = 5$$

$$p = 0,389 \quad p = 0,252$$

13 patients sur 17 (76,47%) avant l'annonce et 12 patients sur 21 (57%) après l'annonce présentant un état dépressif étaient des femmes.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs pour chaque sexe avant et après l'annonce de la séropositivité.

Av. : Avant l'annonce de la séropositivité

Ap. : Après l'annonce de la séropositivité

Tableau 32 : Répartition des patients en fonction de l'état psychiatrique et du type de VIH

Type VIH \ Etat psychiatrique	VIH 1		VIH 2		VIH 1+ VIH 2	
	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.
Etat normal	6	24	1	0	0	2
Etat anxieux	2	2	0	0	0	0
Etat anxiodépressif	5	7	0	1	0	0
Etat dépressif	10	12	1	1	1	0
Syndrome confusionnel	9	8	0	0	0	1
Syndrome psychotique	1	0	0	0	0	0
Total	33	53	2	2	1	3

$$X^2 = 8,16$$

$$ddl = 5$$

$$p = 0,14$$

$$X^2 = 2$$

$$ddl = 2$$

$$p = 0,367$$

$$X^2 = 4$$

$$ddl = 2$$

$$p = 0,13$$

Il n'existait pas de différence statistiquement significative, dans la répartition des effectifs dans chaque type de VIH, avant et après l'annonce de la séropositivité.

Av. : Avant l'annonce de la séropositivité
 Ap. : Après l'annonce de la séropositivité

Tableau 33 : Répartition des patients en fonction de l'état psychiatrique et du taux de CD4

Etat psychiatrique \ Taux CD4	Avant l'annonce						Après l'annonce					
	[0-100]	[100-200]	[200-300]	[300-400]	>400	Non précisé	[0-100]	[100-200]	[200-300]	[300-400]	>400	Non précisé
Etat normal	2	2	2	0	0	0	17	5	2	1	0	0
Etat anxieux	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0
Etat anxiodépressif	3	0	1	0	0	1	5	2	0	0	1	0
Etat dépressif	6	2	2	0	1	1	6	2	3	0	0	2
Syndrome confusionnel	3	2	0	0	0	4	4	3	2	0	0	1
Syndrome psychotique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	7	6	0	1	6	33	12	9	1	1	3

Tableau 34 : Répartition des patients en fonction de leur stade CDC et de leur état psychiatrique

Stade CDC Etat psychiatrique	Avant l'annonce					Après l'annonce				
	B2	B3	C2	C3	Non classé	B2	B3	C2	C3	Non classé
Etat normal	0	2	0	3	2	1	4	0	21	0
Etat anxieux	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
Etat anxiodépressif	1	0	0	4	0	0	1	1	6	0
Etat dépressif	0	2	2	7	1	1	3	1	7	1
Syndrome confusionnel	0	1	0	6	2	0	1	2	7	0
Syndrome psychotique	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	1	5	3	22	5	2	8	5	41	2

Les tableaux 33 et 34 montrent une augmentation du nombre de patients présentant un trouble psychiatrique avec l'avancée dans la maladie. Tous les patients présentant un syndrome confusionnel, avaient un taux de CD4 < 300/mm³. On ne notait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des effectifs avant et après l'annonce de la séropositivité.

VIII – Répartition des patients selon le traitement en cours lors de l'entretien psychiatrique

- 11 patients (15,71%) étaient sous traitement antituberculeux selon les protocoles suivants : 2 sous RHZ, 5 sous RHZE, 4 sous RHZS.
- 10 patients (14,29%) étaient sous trithérapie antirétrovirale selon les schémas suivant :
 - * 6 sous Didanosine + Stavudine + Indinavir
 - * 1 sous Zidovudine + Lamivudine + Indinavir
 - * 1 sous Didanosine + Stavudine + Névirapine
 - * 1 sous Zidovudine + Didanosine + Indinavir
 - * 1 sous Zidovudine + Lamivudine + Abacavir

I- METHODOLOGIE

Notre étude a concerné les personnes vivant avec le VIH, hospitalisées dans les services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses de l'Hôpital National du Point G de Bamako. De ce fait, ces patients sont pour la plupart vus au stade symptomatique de l'infection. Le service de Psychiatrie n'ayant pas été un lieu de recrutement pour notre étude, les patients qui pourraient présenter des manifestations essentiellement psychiatriques sans signe somatique n'ont pas été pris en compte. Ceux-ci étant pris en charge dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.

Il faut rappeler que certains de nos patients hospitalisés sont décédés avant l'annonce de leur séropositivité. La plupart des patients arrivent en hospitalisation très démunis faute d'avoir fait un long parcours médical avant d'arriver dans les services de référence. Ainsi certains examens paracliniques n'ont pu être faits, tels le scanner cérébral, parfois l'analyse du liquide céphalorachidien.

La charge virale n'a pu être évaluée chez nos patients faute de faiblesse de plateau technique, car non encore faisable au Mali.

Néanmoins notre étude, qui est la première du genre au Mali sur l'évaluation de l'état psychiatrique des personnes vivant avec le VIH, permettra de lancer les bases pour les études futures.

II – RESULTATS

Au cours de notre étude, la prévalence du VIH dans le service de Médecine Interne était de 19,16%. En 1999, elle était de 10%. On note une augmentation de la prévalence au fil des années [41]. Dans le service de Maladies Infectieuses, nous avons retrouvé une prévalence de 75,45% durant la période de notre étude.

Nous avons enrôlé dans notre étude, 70 patients répondant aux critères d'inclusion. Ils ont tous bénéficié au moins d'un examen psychiatrique. 36 patients sur 70 ont bénéficié d'examen psychiatrique avant l'annonce de la séropositivité et 58 sur 70 après l'annonce de la séropositivité. Au total 24 patients ont pu bénéficier d'un examen psychiatrique avant et après l'annonce.

1°- Données sociodémographiques

La moyenne d'âge de nos patients était de $38,67 \pm 9,93$ ans avec des extrêmes de 19 ans et 64 ans. La classe modale était celle de [29 – 38] ans.

On constate que c'est la tranche d'âge la plus active de la population qui est atteinte. Ce qui pose un problème socio-économique du fait de l'impact que peut avoir le VIH sur la production et la productivité dans les années à venir. Il est apparu une prédominance du sexe masculin dans notre échantillon. Les hommes représentaient 54,3% de l'effectif avec un sexe-ratio de 1,18. Les sujets mariés étaient les plus représentés avec 61,5% de l'effectif, répartis en 32,9% de monogames et 28,6% de polygames. Ces résultats sont comparables à ceux de FOMO qui a retrouvé une moyenne d'âge de $35,19 \pm 9,45$ ans, une prédominance masculine (58,70%) avec une grande représentation des mariés (70,8%) au cours d'une étude faite dans les services de Médecine Interne et d'Hémo-Oncologie en 2000, portant sur le profil épidémiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH [41]. MOUSSA a retrouvé un sexe-ratio de 1,2, une prédominance masculine et des sujets mariés (59,10%) en 2001 au cours d'étude faite dans les services de Néphrologie, de Pneumologie et de Médecine Interne, portant sur les atteintes rénales de l'infection à VIH [42]. Nos résultats sont aussi comparables à ceux de l'EDS MIII qui annonce une prédominance de l'infection VIH dans la tranche d'âge [29 – 35] ans en 2001 (Rapport EDS MIII) . La prédominance masculine constatée au cours de notre travail est contraire aux données de l'EDS MIII où les femmes représentent 2% du taux d'infection au VIH comparée à 1,3% chez les hommes au sein de la population générale du Mali (Rapport EDS M III).

Dans notre étude, nous avons trouvé une forte représentation des femmes au foyer 27,14% de l'effectif, suivie des commerçants 21,43%. FOMO a retrouvé 19,25% de femmes au foyer, et 12,15% de commerçants dans son étude [41]. MOUSSA a retrouvé plutôt une prédominance des commerçants avec 40,90% [42].

Dans notre étude, 80% des patients étaient scolarisés. 74,3% de l'effectif total avait fréquenté l'école occidentale. La majorité d'entre eux avait le niveau secondaire (34,3%).

2°- Antécédents

Il n'a été identifié aucun antécédent de trouble psychiatrique chez nos patients, ni de type personnel ni familial. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ici en Afrique, les consultations psychiatriques sont demandées par les intéressés ou la famille lorsqu'il y a des manifestations spectaculaires [43]. BOUTET et al. , au cours d'une étude réalisée en 1990 portant sur les troubles psychiques des patients porteurs du VIH suivis dans un service de Médecine Interne à Lyon, ont

retrouvés des antécédents psychiatriques chez 32,5 % des patients. La présence des antécédents psychiatriques étaient corrélée de façon significative avec la présence de dépression [44].

Nous avons pu recueillir des renseignements sur la sexualité de 38 patients sur 70. Tous étaient hétérosexuels, 28 d'entre eux (73,68%) avaient des rapports non protégés avec des partenaires multiples.

La majorité des patients (44,5%) avait une connaissance très limitée de l'infection VIH. Selon les résultats de l'EDS MIII, 50% des femmes au Mali ignorent l'existence de moyen de prévention contre le VIH, seules 13% des femmes connaissent deux ou trois moyens de prévention contre le VIH et 42% des femmes pensent que le préservatif permet d'éviter le VIH (EDS MIII) . Ce qui montre qu'il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'information, la sensibilisation et l'éducation des populations en vue d'un changement de comportement.

3°- Données cliniques

a- Selon l'état général, 82,9 % des patients recrutés dans notre série avaient un état général altéré avec un amaigrissement plus ou moins important (98,6%) et une asthénie (94,3%). L'altération de l'état général est aussi retrouvée par TOURE en 2002 dans les services de Néphrologie, pneumologie et de Médecine Interne au cours d'une seconde étude sur les atteintes rénales du VIH [45]. Plusieurs études maliennes corroborent ce constat d'altération d'état général [41,42]. La majorité de nos patients soit 78,7 % avait un indice de Karnofski entre 60% et 80%, donc était capable d'entreprendre des activités de base mais avec un besoin d'assistance. Cela confirme leur altération de l'état général et montre une fois de plus que les patients sont vus tardivement à l'hôpital. Ils constituent ainsi une charge pour la famille et la société.

b- Examen psychiatrique

36 patients sur 70 soit 51,4% des patients ont eu un examen psychiatrique avant l'annonce de la séropositivité au VIH et 58 sur 70 soit 82,85 % des patients après l'annonce de la séropositivité.

****Analyse sémiologique***

La présentation des patients était adaptée, correcte dans la majorité des cas (88,90% avant l'annonce et 93,10% des cas après

l'annonce de la séropositivité). Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients étant hospitalisés, bénéficient des soins de leur tenue corporo-vestimentaire par la famille. Il ressort qu'il n'existait aucune différence dans la présentation dans nos milieux avant ou après l'annonce ($p = 0,36$).

Le contact était plutôt facile avec les patients, plus de 80% d'entre eux étaient coopérants. Nous avons rencontré 13,88% de patients indifférents avant l'annonce et 6,9% indifférents après l'annonce. Ceci s'est constaté surtout dans les états confusionnels. Nous retenons qu'il n'apparaît aucun changement dans le contact avec le personnel avant ou après l'annonce ($p = 0,44$). Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, de statistiques concernant la qualité du contact lors de l'entretien avec les patients.

Les troubles de la conscience ont été identifiés chez 19,44% des cas avant l'annonce et 13,79% après l'annonce de la séropositivité. Aucune différence n'est apparue en ce qui concerne la conscience claire avant ou après l'annonce ($p = 0,13$). Ces résultats sont supérieurs à ceux de PIQUEMAL et al. qui ont retrouvé 12,6% de troubles de la conscience chez des patients séropositifs au VIH au cours d'une étude sur les manifestations neurologiques dans le service de Neurologie du CHU de Cocody à Abidjan [46].

Les troubles de la mémoire étaient présents chez 19,45% des patients avant et 18,97% des patients après l'annonce de la séropositivité. Il s'agissait dans la plupart des cas d'amnésie antérograde. Nous n'avons remarqué aucune différence quant à l'apparition de trouble de la conscience avant ou après l'annonce ($p = 0,55$).

Les troubles du jugement étaient présents dans 22,22% des cas avant et dans 17,24% des cas après l'annonce de la séropositivité. Il n'existait aucune différence significative quant à l'apparition de trouble du jugement chez les patients avant ou après l'annonce ($p = 0,71$).

Les troubles du langage étaient présents chez 11,12% des patients avant l'annonce et chez 5,17% des patients après l'annonce de la séropositivité. L'annonce n'a entraîné aucun impact sur la présence de trouble du langage ($p = 0,54$).

La désorientation temporo-spatiale a été retrouvée chez 25% des patients avant l'annonce et chez 18,97% des patients après l'annonce de la séropositivité. L'annonce n'a eu aucun impact sur la survenue d'une désorientation temporo-spatiale ($p = 0,59$).

En ce qui concerne les troubles du langage, de la mémoire, la désorientation temporo-spatiale, nous n'avons pas retrouvé de données statistiques dans la littérature permettant de comparer leur fréquence avec nos résultats.

Le délire était présent chez 11,11% des patients avant l'annonce et chez 15,52% après l'annonce de la séropositivité VIH. Il s'agissait dans la majorité des cas de délire non systématisé, de mécanisme hallucinatoire et dont le thème de persécution était prédominant. Ce thème et ce mécanisme sont les plus fréquemment rencontrés dans la littérature. SANGARE et BABA retrouvent ce type de délire dans les études faites dans le service de Psychiatrie sur respectivement les psychoses aiguës au Mali et les états dépressifs au Mali [47,48]. Ceci est probablement en rapport avec la culture africaine [48]. Il ressort de notre travail que la survenue de délire n'a nullement été influencé par l'annonce ($p= 0,39$).

Parmi les troubles de l'affect, l'humeur était dépressive chez 55,56% des patients avant l'annonce et chez 46,56% des patients après l'annonce. Les troubles du sommeil étaient aussi très fréquents à type d'insomnie, de difficulté d'endormissement, de cauchemars. L'humeur dépressive est moins importante (3,6%) au cours de l'étude de PIQUEMAL et al. [46].

Au total, il n'a été constaté aucun impact de l'annonce de la séropositivité sur la survenue de signes cognitifs et psychoaffectifs.

****Analyse syndromique***

80,55% des patients présentaient un trouble psychiatrique avant l'annonce de la séropositivité et 55,17% des patients après l'annonce. Nous n'avons noté aucune influence de l'annonce à la survenue de syndrome psychiatrique ($p=017$). Dans la littérature, 38 à 73% des patients présentent au moins une fois un trouble psychiatrique après l'annonce [34].

Le trouble le plus fréquemment rencontré dans notre étude était l'état dépressif, associé à degré divers à l'anxiété. Avant l'annonce de la séropositivité, il a été retrouvé chez 17 patients sur 36 (47 ,21%). Après l'annonce il est présent chez 36,2% des patients (21/58). Ces patients présentaient une attitude assimilable à une démission. Les propos plus couramment prononcés étaient : « j'en ai marre », « je suis tout le temps malade », « je ne veux plus que ma famille se fatigue pour moi ». Parmi ces patients, un cas de tentative de suicide nous a été rapporté après l'annonce de la séropositivité.

Nos résultats sont proches de ceux de BELMONT et al. qui ont retrouvé 40% de dépression chez des patients séropositifs hospitalisés,

et inférieurs à ceux de BOUTET et al. (53,75%) [44,49]. Dans la littérature, la prévalence de la dépression chez les personnes vivant avec le VIH est de 13,9% à 61% [6, 26, 50, 51].

Dans notre étude les états dépressifs étaient plus fréquemment vus chez les femmes que chez les hommes (Tableau 31) et dans la tranche d'âge de 29 à 38 ans (Tableau 30). La majorité d'entre eux était au stade C3, donc à un stade avancé de la maladie (Tableau 34).

La fréquence du syndrome dépressif dans notre série est supérieure à celle retrouvée par COULIBALY en 1983, dans le service de Psychiatrie, chez des patients dont le statut sérologique par rapport au VIH n'a pas été déterminé. Il a retrouvé 23% des cas d'états dépressifs [43]. SANGARE, en 1975, a retrouvé, dans la même situation, 17,85% d'états dépressifs [47].

Le syndrome confusionnel était retrouvé chez 25% des cas avant l'annonce et 15,52% après l'annonce de la séropositivité. Il est apparu que l'annonce n'a aucune influence quant à la survenue du syndrome confusionnel ($p= 0,17$). Ces taux sont supérieurs à ceux de COULIBALY qui a retrouvé 5% dans la population générale [43]. JUDD et al. ont retrouvé 18,1% et COHEN 14,4% de cas de syndrome confusionnel chez les personnes vivant avec le VIH [4, 50]. Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 29 à 38 ans, avec une prédominance masculine. La quasi-totalité de ces patients étaient au stade SIDA avec un taux de lymphocytes CD4+ effondré (Tableau 33). Chez la majorité des patients, la cause infectieuse dans la survenue du syndrome confusionnel a été évoquée. Pratiquement tous les patients présentaient une fièvre pouvant atteindre 40°- 41°C. La principale étiologie retrouvée était la cryptococcose neuroméningée dans 35,3% des cas de confusion. Nous avons eu 3 cas de septicémie à Salmonelle. Ce taux est probablement sous estimé à cause de la difficulté de pouvoir faire plusieurs hémocultures chez les patients. Certains patients présentaient une tuberculose multifocale, ce qui nous fait évoquer la possibilité d'une localisation méningo-encéphalique.

Cependant, il ne faut pas ignorer la place de l'annonce de la séropositivité. Nous voulons pour exemple, le cas d'un jeune homme de 23 ans qui après le précounselling, a présenté des troubles du comportement faits d'agitation, de désorientation temporo-spatiale, sans délire, sans fièvre et dont l'état s'est amélioré sous neuroleptique.

L'anxiété a été retrouvée, seule ou associée à l'état dépressif, dans 19,44% des cas avant l'annonce et dans 15,52% des cas après l'annonce de la séropositivité (Tableau 25). Dans la littérature, il est rapporté que certains patients évoquent la peur de mourir et, parfois en

cas d'amélioration clinique, la peur de rechuter ; on retrouve l'anxiété dans environ 5 à 20% des cas [34].

Nous n'avons pas pu utiliser des tests de personnalité pour évaluer la personnalité de nos patients. Nous avons néanmoins évalué la personnalité en interrogeant la famille, l'entourage sur leur caractère, leur comportement avant la maladie. Les personnalités particulières retrouvées étaient : une personnalité paranoïaque (7,14%), une personnalité réservée (1,42%) et une personnalité sensitive (4,3%). 87,14% de nos patients avaient une personnalité que l'on pourrait qualifier de normale.

Parmi les affections opportunistes retrouvées, la candidose digestive était la plus fréquente avec 61,44% des cas, suivie de la tuberculose 25,7%, les pneumopathies bactériennes 24,3%, le prurigo 17,14%, les diarrhées chroniques 12,85% (tableau 26). GUEYE au Sénégal a retrouvé la candidose, puis la tuberculose [52]. FOMO a trouvé 64,9% de diarrhées chroniques, 50,95% de candidose digestive suivies de pneumopathies bactériennes (22,1%) et de tuberculose (13%) [41].

La quasi-totalité des patients était classée au stade B et C de la classification CDC d'Atlanta 1993, donc à la phase pré-SIDA et SIDA. Ceci a été également retrouvé dans plusieurs études maliennes [41, 42, 45]. Cela traduit la référence tardive des cas d'infection VIH vers les services de référence hospitaliers où la prise en charge est multidisciplinaire, donc bénéfique pour le mieux être des patients infectés par le VIH.

3°- Données paracliniques

Dans notre étude, 91,4% des patients sont porteurs du VIH-1. Ceci est en accord avec les données statistiques de la littérature [9,41,42,45].

74,28% des patients de notre échantillon ont un taux de CD4 inférieur ou égal à $200/\text{mm}^3$. Ce qui démontre une fois de plus le retard dans la référence des patients vers le milieu hospitalier spécialisé.

71,42% des patients de notre série présentent une anémie. Dans la majorité des cas (67,93%), il s'agit d'une anémie normocytaire normochrome arégénérative. MOUSSA a trouvé 77,15% de cas d'anémie normocytaire normochrome arégénérative [42]. 31,4% des patients présentent une lymphopénie et 17,14% une thrombopénie.

I - CONCLUSION

Les manifestations psychiatriques sont fréquentes chez les personnes vivant avec le VIH. Elles sont présentes chez au moins 80% des patients au cours de notre étude. Les différents troubles rencontrés sont par ordre décroissant : les états dépressifs et anxiodépressifs qui sont les plus fréquents, les états confusionnels, l'anxiété et un syndrome psychotique.

Les facteurs de risque que l'on peut évoquer sont l'âge jeune, le sexe féminin, le stade avancé de la maladie lié surtout à la fréquence élevée des états morbides. Les antécédents psychiatriques n'ont pas été retrouvés. Les infections méningoencéphaliques et les septicémies sont responsables de la plupart des états confusionnels.

Il est malgré tout difficile de généraliser car les effets de l'infection à VIH sur le patient sont propres à chacun.

Il ressort de notre constat, que se pose le besoin d'une étude cas témoin en vue de mieux évaluer la place réelle de l'infection VIH dans la survenue de troubles psychiatriques dans le contexte malien.

II - RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous nous permettons de faire quelques recommandations.

Aux personnes vivant avec le VIH :

- de continuer à créer des associations à travers le pays pour avoir un cadre de discussion et de soutien mutuel en y intégrant si possible d'autres acteurs de la société. Car l'un des meilleurs soutiens reste celui de la famille et de la société.

Aux médecins et personnel de santé :

-Etre à l'écoute des patients pour mieux connaître leur état psychologique avant et après le test de dépistage.

- Adresser les patients infectés par le VIH à temps, dans les services de référence hospitaliers.

-Savoir reconnaître un trouble psychiatrique, surtout dépressif, et le traiter précocement.

-Renforcer la collaboration multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.

-Organiser systématiquement une prise en charge psychiatrique avant et après l'annonce de la séropositivité.

Aux autorités :

-Renforcer les campagnes d' Intervention en vue d'un Changement de Comportement.

-Développer la politique de dépistage volontaire et anonyme en vue d'une prise en charge précoce.

-Rendre accessibles et disponibles les traitements antirétroviraux et des infections opportunistes.

-Renforcer le plateau technique, clef d'une meilleure prise en charge.

-Rendre agréable le cadre hospitalier, en vue d'une humanisation des hospitalisations dans les structures de référence des malades du SIDA.

- [1] Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé du MALI. 2001; 3^{ème} Edition.
- [2] PIOT P, KAPITA B-M, NGUGIN N-E, MANN MJ, COLEBRUNDERS R, WABITSCH R. Le SIDA en Afrique /Manuel du Praticien. OMS Genève, 1993
- [3] DONNET A, HARLE JR, CHERIF ALI A, GASTAUT JA, WEILLER PJ. Pathologie psychiatrique aiguë révélatrice d'une lésion sous corticale au cours d'un neuro SIDA. *L'Encéphale* 1991; XVII : 79-81
- [4] COHEN MA. Psychiatric care in an AIDS nursing home. *Psychosomatics* 1998; 39: 154 – 61
- [5] NOLLE D. Les affections encéphaliques au cours du SIDA. *Inform Psychiatr* 1987 ; 63 : 163 – 72
- [6] LA PEDAGNE T, FERRIER 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 ;158:21 – 32
- [7] Manifestations neurologiques au cours de l'infection à VIH. In : KATLAMA C. SIDA infection à VIH/ aspects en zone tropicale. Paris : Marketing /Ellipses/AUPELF, 1989.129-140
- [8] L'ONUSIDA et l'OMS. Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, décembre 2001
- [9] Particularités de l'infection VIH en zone tropicale. In : BOUCHAUD O, FONTANET A, NIYONGABO T. DOIN, éd 2001. 61-70
- [10] CASSUTO JP, PESCEA, QUARANTA JF. Sida et infection par le VIH ; 3^{ème} édition ; Paris : Masson, 1996
- [11] 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*

- [12] BARRE-SINOUSSE F. HIV as the cause of AIDS. *Lancet* 1996, 348 : 31-35
- [13] Virologie fondamentale de l'infection VIH. In : BARRE SINOUSSE F. VIH. DOIN , 2001 ; 3-10
- [14] Epidémiologie : Situation actuelle et tendance. In : LAPORTE A, LOT F. VIH. DOIN, 2001 ; 49-59
- [15] Primo infection VIH. In : HOEN B. SIDA et Infection par VIH. Flammarion Médecine-sciences. 1989 ; 71-76
- [16] GENTILLINI M, DUFLO B. SIDA tropical. *Médecine tropicale* 1986 ; 401-413
- [17] GRAS C, CUISINIER JC, AUBRY P. Le Sida en Afrique. *Afrique contemporaine* 1987 ; 143 : 21-34
- [18] LEPORT 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, 1996, 16p*
- [19] PASCAL H, BARRE SINOUSSE F, DEBRE P. Médecine thérapeutique 1996 : hors série 1 : 7-11 et 32-38
- [20] LINARD F, BEAU P, SYLVESTRE D. Psychiatrie et infections à VIH chez l'adulte. –Editions Techniques- *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-550-A-20, 1995, 11p*
- [21] SYLVESTRE D, LEGUIL F, LINARD F. Le SIDA, une rupture pour le sujet. *Sci Soc Santé* 1989 ; VII : 81-93
- [22] RICCIO M. HIV-1 associated mood and anxiety disorders. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15 (Suppl 1) : 366 A-369 A
- [23] Troubles psychiatriques au cours du SIDA. In : NOLLET D. SIDA et Infection par VIH. Flammarion Médecine-sciences. 1989 ; 279-283
- [24] MARZUK P, TIERNEY H, TARDIFF K et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1988; 259: 1033-1037

- [25] Aspects psychiatriques. In : LINARD F, JACQUEMIN T. *VIH* ; DOIN ; 2001, 267-275
- [26] CHUANG HT, JASON GW, PAJURKOUA EM, GILL MJ. Psychiatric morbidity in patients with HIV infection. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 109-115
- [27] HAYS RB, TUNER H, COATES TJ. Social support AIDS related symptoms, and depression among gay men. *J consult Clin Psychol* 1992 ; 60 : 463-469
- [28] PERRY SW, JACOBSBERG LB, FISHMAN B, WELLER PH, GOLD JW, FRANCES AJ. Psychological responses to serological testing for HIV. *AIDS* 1990; 4 : 145-152
- [29] PERRY SW, JACOBSBERG LB, CARD CA, ASHMAN T, FRANCES AJ, FISHMAN B. Severity of psychiatric symptoms after HIV testing. *Am j Psychiatry* 1993; 150 : 775-779
- [30] VAMOS MJ. Mania and AIDS : a psychodynamic emphasis. *Autr N Z J Psychiatry* 1992 ; 26 : 111-118
- [31] AZORIN J-M, DASSA D, TRAMONI V, PERETTI P, DONNET A. – Confusion mentale- Edition Techniques- *Encycl. Méd. Chir. (paris-France), Psychiatrie , 37 124 A 10, 1992, 9p*
- [32] POIZOT-MARTIN I. –Encéphalopathies et VIH- Le syndrome moteur et cognitif associé au VIH-1 à l'ère des thérapeutiques antiretrovirales hautement actives. – *Bristol Myers Squibb, Virologie, 2000*
- [33] CHIESI A, VELLA S, DALLY LG, PEDERSEN C, DANNER S, JOHNSON AM. et al. Epidemiology of AIDS dementia complex in Europe. AIDS IN Europe study group. *JAIDS: Journal of Acquired immune Deficiency syndromes* 1996 11 (1) : 39-44
- [34] GALLEGRO L, GORDILLO V, CATALAN J. Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Rev* 2000; 2 : 48-59.
- [35] REBOLI AC, MANDLER HD. Encephalopathy and psychosis associated with sulfadiazine in two patients with AIDS and CNS toxoplasmosis. *Clin Infect Dis* 1992 ; 15 : 556-557

- [36] CAMPBELL IA. Aggressive psychosis in AIDS patient on high doses steroids. *Lancet* 1987 ; 2 : 750-751
- [37] FORSTEIN M. The neuropsychiatric aspects of HIV infection. *Primary care* 1992; 19: 97-117
- [38] FERNANDEZ F, LEVY JK. Psychopharmacotherapy of psychiatric syndroms in asymptomatic and symptomatic HIV infection. *Psychiatr Med* 1991; 9 : 377-395
- [39] GILMER WS, BUSCH KA. Neuropsychiatric aspects of AIDS and psychopharmacologic management. *Psychiatr Med* 1991; 9 : 313-329
- [40] SEARIGHT HR, McLAREN AL. Behavioral and psychiatric aspects of HIV infection. *Am Fam Physician* 1997, 55: 1227-37, 1241-2
- [41] FOMO B. Profil épidémiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH/SIDA dans les services de Médecine Interne et d' hémato oncologie de l'Hôpital National du Point G. De Janvier 1990 à Décembre 1999. Thèse, Médecine, Bamako, 2001
- [42] MOUSSA AA. Les atteintes rénales au cours de l'infection à VIH à l'Hôpital National du Point G. Thèse, Médecine, Bamako, 2001
- [43] COULIBALY B. Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatrique au Mali. Thèse, Médecine, Bamako, 1984
- [44] BOUTET I, KOSSOVSKY Y, TREPO C, MARIE-CARDINE M. Troubles psychiques au cours de l'infection à VIH. Etude de 80 patients suivis dans un service de médecine interne. *Psychologie médicale* 1992, 24, 2 : 135-138
- [45] TOURE B.O. Les atteintes rénales au cours de l'infection à VIH. Thèse, Médecine, Bamako, 2002
- [46] PIQUEMAL M, AKANI F, YAPI P, ASSI B, ETTIEN F, DATIE A et al. Manifestations neurologiques au cours de l'infection VIH. Etude à propos de 111 cas observés dans le service du CHU de Cocody à Abidjan. *Publications Médicales Africaines* 1991, 113 : 17-22

- [47] SANGARE D. Considérations générales sur les psychoses aiguës de l'adulte au Mali. Thèse, Médecine, Bamako, 1975
- [48] BABA BA. Contribution à l'étude des états dépressifs au Mali. Thèse, Médecine, Bamako, 1983
- [49] BELMONT M, MANTELL J, SPIRAK. Neurologic and psychiatric behaviour problems associated with AIDS. A study of hospitalised patients. *International conference on AIDS, Paris, 1986, Abstract 23-25*
- [50] JUDD FK, COCKRAM A, MIJCH A, MCKENZIE D. Liaison psychiatry in an HIV/AIDS unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 1997. 31 (3) : 391-7*
- [51] FERNANDEZ F. Anxiety and the neuropsychiatry of AIDS. *J. clin Psychiatry 1989: 50: 9-14*
- [52] GUEYE PM, CAMARA P, M'BAYE PS, WADE B, CLOATRE G, PORTAL B, KLOTZ F. Ten years of acquired immunodeficiency syndrome in hospital principal of Dakar. Retrospective study from 1986 to 1996. *Xth international conference on AIDS and STD in Africa (ICASA) Abidjan, Côte d'Ivoire, December 7-11th, 1997 (abstract B-962).*

FICHE SIGNALÉTIQUE

Année : 2002

Nom : TAKOUGANG MÔTO

Prénom : **Ginette Sorelle**

Titre : *Les manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans les services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses de l'Hôpital National du Point G de Bamako.*

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Type de publication : Thèse

Secteur d'intérêt : Pathologie infectieuse, Psychiatrie

Résumé : Nous avons mené, d'Août 2001 à Juin 2001, une étude prospective et descriptive dans le but de déterminer la prévalence des manifestations psychiatriques au cours de l'infection à VIH/SIDA, d'en identifier les facteurs de risque. L'étude a pris en compte les patients infectés par le VIH, hospitalisés et ayant bénéficié d'une consultation psychiatrique avant et après l'annonce de la séropositivité au VIH. Sur 70 patients examinés, 38 (54,3%) étaient des hommes. Le sexe ratio était de 1,18. La moyenne d'âge était de 38,67 ans avec des extrêmes de 19 ans et 64 ans. Les catégories professionnelles les plus représentées étaient les femmes au foyer (27,14%), les commerçants (21,43%). Les mariés représentaient 61,5% de notre échantillon. On notait que 80,55% avant l'annonce et 55,17% après l'annonce de la séropositivité présentaient un trouble psychiatrique. Les syndromes psychiatriques retrouvés ont été le syndrome dépressif (47,21% avant et 36,2% après l'annonce) ; le syndrome confusionnel (25% avant et 15,52% après l'annonce) ; l'état anxieux (19,44% avant et 15,52% après l'annonce), un syndrome psychotique (2,78%). La différence dans la répartition des syndromes psychiatriques n'était pas statistiquement significative avant et après l'annonce de la séropositivité. La majorité des états dépressifs (76,47% avant et 57% après l'annonce) était de sexe féminin, dans la tranche d'âge de 29 à 38 ans. L'étiologie infectieuse a été évoquée dans les cas de syndrome confusionnel (cryptococcose neuroméningée, septicémie). 57,14% des patients ont un taux de $CD4 \leq 100/mm^3$ et plus de 70% sont au stade C de la classification CDC 1993.

Les troubles psychiatriques sont fréquents au cours de l'infection à VIH et doivent bénéficier d'une attention particulière pour une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.

Mots clés : VIH - SIDA - Psychiatrie