



Bénéfices d'un accompagnement psychologique des patients vivant avec le VIH

Rev Med Suisse 2013; 9: 374-7

S. Toma
M. Sartori
B. Moayedoddin
K. Weber
L. Toutous Trelu
A. Canuto
A. Calmy

Let's talk about it: benefits of routine psychological counselling for patients living with the HIV

Despite improvement of life expectancy of human immunodeficiency virus (HIV) infected people since the implementation of antiretroviral treatment, psychological suffering prevails and needs to be considered as part of the treatment to guarantee its efficiency. Mental disorders and social stigmatization substantially affect patients' quality of life and their adherence to treatment. The article details the benefits of a routine screening for mental disorders within this population, who is often reluctant to consult psychiatric services. The different treatments provided by the Geneva University Hospital (HUG) are introduced. A clinical case report illustrates the relevance of a multidisciplinary care program and the role of the liaison psychiatry in this field.

Malgré l'amélioration de l'espérance de vie des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) grâce aux traitements antirétroviraux, leur souffrance psychique persiste et nécessite d'être considérée comme partie intégrante de la prise en charge afin d'en garantir l'efficacité. Les troubles psychiques et la stigmatisation sociale affectent considérablement leur qualité de vie et leur adhérence au traitement. L'article détaille les bénéfices d'un dépistage systématisé des troubles au sein de cette population, souvent réticente à fréquenter les services de soins psychiatriques. Divers programmes de soins proposés par les Hôpitaux universitaires de Genève sont présentés. Une vignette clinique illustre la richesse d'une prise en charge pluridisciplinaire, ainsi que le rôle de la psychiatrie de liaison dans ce domaine.

INTRODUCTION

Bien que les traitements antirétroviraux aient considérablement évolué ces dernières décennies, offrant aux personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) une amélioration majeure de l'espérance de vie,¹ le vécu psychologique de ces patients, dans la durée, reste toutefois peu exploré. La stigmatisation liée au VIH continue à représenter un facteur de stress conséquent pour les patients séropositifs, les effets négatifs étant plus fréquemment ressentis lorsque le statut séropositif a été dévoilé à d'autres personnes que leur partenaire sexuel. Elle a été associée à une augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs et à une baisse du niveau d'adhérence au traitement antirétroviral, sans toutefois montrer de lien significatif avec un comportement sexuel à risque.² Ainsi, il n'est pas rare que les liens familiaux en soient affectés, et malgré les recommandations des professionnels de la santé, la plupart des enfants porteurs du VIH ne sont pas informés de leur infection.³ Si le dévoilement de la séropositivité permet de partager sa souffrance, trouver du réconfort et protéger son entourage (sensibilisation, dépistage, utilisation du préservatif), il peut engendrer, pour certains patients, des ruptures de liens sociaux, l'isolement, des changements de dynamique relationnelle (affective et/ou sexuelle), ou encore des violences verbales et physiques.^{4,5} A ce contexte psychosocial sensible s'ajoutent les éventuels effets secondaires des traitements antirétroviraux (fatigue, nausées, problèmes gastro-intestinaux, difficultés de sommeil, etc.). Le plus souvent passagers, ces effets peuvent devenir chroniques, rendant les patients plus vulnérables et fragiles psychologiquement.⁶

Les données empiriques actuelles révèlent une augmentation de la prévalence des troubles psychiques des patients vivant avec le VIH en comparaison avec une population non infectée. Les troubles les plus fréquents sont des réactions de stress, des troubles anxieux, d'adaptation, de l'humeur et des abus de substances toxiques.⁷ Outre le lien entre la stigmatisation, le dévoilement de la séropositivité et les troubles psychiques évoqués précédemment, l'état de santé psychique est également affecté, selon le vécu des patients, par le fait de se savoir



atteint du VIH. Un sentiment de culpabilité émane et se répercute notamment sur la vie privée et sexuelle.

Le taux de suicide est positivement lié aux stades avancés de la maladie, alors qu'il est inversement lié au taux de cellules CD4, indice du niveau de fonctionnement du système immunitaire.⁸ Ces troubles psychiatriques entraînent une baisse de l'adhérence au traitement, et plusieurs investigateurs ont préconisé l'inclusion d'un dépistage systématique du vécu psychologique des patients.^{9,10}

Par ailleurs, certains patients ne présentent ni effet secondaire, ni difficulté d'adhésion au traitement, et parviennent à faire face à la maladie, sans répercussion sur leur qualité de vie et sur leur humeur. Diverses composantes individuelles permettent d'expliquer ces différences, à savoir les traits de personnalité¹¹ et les capacités de *coping*.¹² Les attributions causales personnelles jouent un rôle décisif dans l'adhésion au traitement et l'impact sur la qualité de vie subjective, à savoir la capacité du patient à distinguer les manifestations physiques associées au VIH des effets secondaires liés aux traitements.¹³

PROGRAMMES DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES

Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire pour offrir une palette de soins personnalisée et spécialisée. Le Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) collabore avec la consultation VIH/sida du Service des maladies infectieuses pour offrir trois types d'intervention.

Liaison psychiatrique

Un travail de liaison est assuré de manière hebdomadaire par la collaboration du psychiatre consultant et l'équipe soignante de l'Unité VIH/sida du Service des maladies infectieuses. L'activité du psychiatre comporte d'une part un travail d'investigation et de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique auprès des patients et, d'autre part, une participation aux colloques multidisciplinaires médico-psycho-sociaux de l'Unité, offrant un espace de concertation pour les indications de soins dans des situations complexes. Cette activité s'adresse aussi bien aux patients hospitalisés à l'hôpital cantonal, qu'aux patients soignés en ambulatoire. Sur demande du médecin infectiologue, une évaluation spécialisée et individuelle du patient est assurée par le psychiatre qui peut proposer, si nécessaire, un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Les patients nouvellement diagnostiqués bénéficient également, de manière systématique, d'un entretien avec le psychiatre en guise de soutien, pouvant aboutir à une prise en charge psychothérapeutique.

Hôpital de jour multidisciplinaire («LIPO et métabolisme»)

Depuis 1998, une journée d'évaluation et de prise en charge multidisciplinaire est spécialement destinée aux patients présentant une lipodystrophie et des troubles métaboliques liés aux traitements antirétroviraux.¹⁴ Avec une fréquence mensuelle et dans le cadre d'un hôpital de jour, les patients viennent de prime abord pour un bilan somatique (VIH/sida, dermatologie, diététique, endocrino-

logie, cardiologie, chirurgie plastique, maladies osseuses). Durant cette journée, ils bénéficient également d'un entretien d'évaluation psychologique pour aborder leur vécu psychique et dépister des troubles psychiatriques le cas échéant. Au terme de cette journée, des propositions de soins sont faites pour chaque patient lors d'une réunion multidisciplinaire, l'état émotionnel et comportemental étant considéré comme partie intégrante de la proposition. Ainsi, la psychologue peut référer un patient au psychiatre consultant pour indication de suivi, et continuer à le prendre en charge le cas échéant.

Dépistage de routine

Dans le cadre d'une extension genevoise de l'étude de cohorte VIH Suisse (www.shcs.ch), une psychologue clinicienne propose depuis une année, de manière systématique, un dépistage des patients à risque ou présentant une détresse psychologique, ainsi qu'une évaluation de leurs ressources individuelles. Ce projet a été mis en place suite à l'observation clinique selon laquelle de nombreux patients présentent des difficultés à solliciter un accompagnement psychologique. Afin d'éviter de rajouter une stigmatisation psychiatrique à la stigmatisation sociale, ce dépistage a été intégré dans la routine clinique du suivi médical des patients de la cohorte. Une évaluation psychologique est proposée sous forme d'un entretien clinique et/ou de questionnaires auto-administrés. Elle permet de déterminer l'humeur, la qualité de vie subjective, le niveau d'adhésion au traitement et les traits de personnalité de chaque patient. Cette évaluation est répétée conjointement aux contrôles somatiques tous les six mois. Environ 40% de patients acceptent cet accompagnement. L'approche d'un *counseling* proactif s'adresse à tous les patients, indépendamment de la présence d'une psychopathologie, pour éviter une sélection explicite des patients les plus fragiles, mais également possiblement les plus réfractaires à une prise en charge psychologique. Elle vise un vécu plus positif des traitements médicamenteux à travers une implication active des patients dans la gestion de leurs soins.

VIGNETTE CLINIQUE

Nous présentons le cas d'une patiente africaine de 35 ans, célibataire et sans enfant, dont le père est décédé depuis plusieurs années et la mère invalide depuis quelques années suite à une maladie. Aînée de sa fratrie, elle est en charge de ses cinq frères et sœurs adolescents et elle a abandonné ses études pour travailler et soutenir financièrement sa famille. Il y a environ une année, elle a été victime d'un viol. De cette expérience traumatique, elle garde un diagnostic de VIH et une grossesse non désirée. Après une interruption volontaire de grossesse, la patiente développe un état dépressif. Effondrée, elle décrit le diagnostic de VIH comme une maladie démoniaque, incurable, menant à la mort, et engendrant la stigmatisation et l'exclusion sociale. Elle croit ne plus jamais pouvoir fonder une famille et travailler. Elle se sent très coupable vis-à-vis de ses frères et sœurs.



La situation de la patiente est signalée au psychiatre de liaison par son médecin référent lors du colloque médico-psychosocial hebdomadaire. Une prise en charge sociale, psychothérapeutique et pharmacologique, adaptée aux interactions médicamenteuses, est débutée. L'infirmière spécialisée de l'équipe VIH pratique avec la patiente une éducation thérapeutique au sujet de sa maladie. L'assistante sociale la renseigne sur ses possibilités financières. Le psychiatre suit le traitement antidépresseur, en adapte la posologie¹⁵ et délègue le suivi psychothérapeutique à la psychologue. Une psychothérapie individuelle hebdomadaire lui permettra d'exprimer le vécu de stress important provoqué par son infection, et la crainte d'être jugée et rejetée. Avec la psychologue, elle choisira les mots pour dire l'indicible, et pour nommer l'inacceptable, le viol. Elle réalisera le deuil douloureux de son idéal de vie, réussira à aborder ses angoisses de mort et à réapproprier son corps. Elle tentera de gérer sa frustration face au traitement antirétroviral et ses contraintes, notamment les contrôles médicaux fréquents. Elle prendra conscience de la résonance de son expérience personnelle avec l'expérience de vie de ses parents et de la maladie de sa mère, ainsi que de ses difficultés à affronter sa culpabilité. En effet, la patiente s'était identifiée au rôle du membre de famille «en bonne santé» et subvenant aux besoins affectifs et financiers de sa fratrie, qui est confrontée à la douloureuse absence du père et au manque de disponibilité de la mère. Ce suivi multidisciplinaire permettra progressivement de réduire la charge traumatique des violences subies et de l'infection vécue comme «définitive», pour l'inscrire dans l'histoire de vie et le quotidien pragmatique de la patiente. Aujourd'hui, la dépression s'est résorbée et la patiente a repris des cours, fréquente régulièrement l'église de son quartier et se dit optimiste pour poursuivre son activité professionnelle qui l'aidera à soutenir sa famille en difficulté.

CONCLUSION

L'annonce du diagnostic d'une infection par le VIH n'est souvent que le début d'un long parcours émotionnel et physiquement très chargé. Face à la méconnaissance des déterminants biologiques de cette maladie, aux nombreuses croyances religieuses et culturelles associées, et aux fragilisations psychologiques et sociales engendrées,

les patients peuvent éprouver des difficultés à se projeter dans le futur, et ce malgré l'efficacité avérée des trithérapies. Une prise en charge individualisée et multidisciplinaire permet d'axer le suivi tant sur l'information, l'éducation – l'ensemble formant la prévention –, que sur le traitement et son adhérence. Le lien explicitement établi entre l'état psychique et la condition physique nécessite la collaboration entre somaticiens et psychiatres dans une prise en charge conjointe. Le dépistage systématisé offre un premier recours aux services psychiatriques et une orientation vers d'autres services spécialisés selon indication. Enfin, l'échange entre soignants de différents services permet un espace de pensées et de paroles nécessaire à la continuité des soins entre corps et esprit. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- Le dépistage systématisé des troubles psychiques au sein d'un protocole de soins facilite l'accès aux soins psychiatriques en cas de besoin
- L'intégration de la santé mentale dans la prise en charge globale et multidisciplinaire du patient profite à une compréhension et une gestion meilleures de la maladie
- La psycho-éducation du patient est essentielle dans le désamorçage de la stigmatisation et favorise l'adhérence au traitement

Adresse

Simona Toma, Marlène Sartori et Kerstin Weber
Drs Alessandra Canuto et Babak Moayedoddin
Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise
Département de santé mentale et de psychiatrie
Dr Laurence Toutous Trelu
Service de dermatologie et vénéréologie
Dr Alexandra Calmy
Service des maladies infectieuses
Département des spécialités de médecine
HUG, 1211 Genève 14
simona.toma@hcuge.ch
marlene.sartori@hcuge.ch
kerstin.weber@hcuge.ch
alessandra.canuto@hcuge.ch
babak.moayedoddin@hcuge.ch
laurence.trelu@hcuge.ch
alexandra.calmy@hcuge.ch

Bibliographie

- 1 Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: Prospective multicentre study. *Swiss HIV Cohort Study*. *BMJ* 1997;315:1194-9.
- 2 ** Vanable PA, Carey MP, Blair DC, et al. Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS Behav* 2006;10:473-82.
- 3 Pinzón-Iregui MC, Beck-Sagué CM, Malow RM. Disclosure of their HIV status to infected children: A review of the literature. *J Trop Pediatr* 2012; epub ahead of print.
- 4 Kouanda S, Yaméogo WME, Berthé A, et al. Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif: facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012;60:221-8.
- 5 Adedimeji A. To tell or not to tell: Managing HIV/AIDS disclosure in a low-prevalence context. *SAHARA J* 2010;7:16-23.
- 6 * Gonzalez A, Zvolensky MJ, Parent J, et al. HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety, and depression symptoms among HIV-positive adults. *AIDS Patient Care STDS* 2012;26: 156-64.
- 7 ** Keiser O, Spoerri A, Brinkhof MWG, et al. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. *Am J Psychiatry* 2010; 167:143-50.
- 8 Gallego L, Barreiro P, López-Ibor JJ. Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Rev* 2011;13:171-9.
- 9 Nel A, Kagee A. Common mental health problems and antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care* 2011; 23:1360-5.
- 10 ** Glass TR, Battegay M, Cavassini M, et al. Longi-



tudinal analysis of patterns and predictors of changes in self-reported adherence to antiretroviral therapy: Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;54:197-203.

11 ** Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, et al. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living HIV/AIDS. *J Psychosom Res* 2003; 54:271-8.

12 Gibson K, Rueda S, Rourke SB, et al. Mastery and

copied moderate the negative effect of acute and chronic stressors on mental health-related quality of life in HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2011;25:371-81.

13 Johnson MO, Stallworth T, Neilands TB. The drugs or the disease? Causal attributions of symptoms held by HIV-positive adults on HAART. *AIDS Behav* 2003; 7:109-17.

14 Calmy A, Bernasconi E, Meier CA, et al. Dix ans de lipodystrophie (1998-2008): un syndrome encore mé-

connu. *Rev Med Suisse* 2008;4:2755-7.

15 Maccaferri GE, Berney A, Cavassin M. Troubles de l'humeur et VIH: épidémiologie, clinique et prise en charge thérapeutique. *Rev Med Suisse* 2012;8:362-7.

* **à lire**

** **à lire absolument**