

Le VIH et le vieillissement au Canada: aspects psychosociaux

Les effets psychosociaux du VIH et du vieillissement, comme les effets physiologiques, sont étroitement interconnectés. Ils sont notamment :

- la dépression;
- des changements cognitifs;
- l'ajustement à des pertes; et
- l'anxiété.

Les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles que les personnes séronégatives d'avoir des troubles de santé mentale;¹ par ailleurs, les personnes qui ont des troubles mentaux sérieux ont un risque plus élevé d'infection à VIH.²

Les personnes de plus de 69 ans sont par ailleurs plus susceptibles d'avoir un trouble de santé mentale, que ce soit la démence, l'anxiété ou un trouble de l'humeur.³

Dépression⁴

La dépression est relativement courante parmi les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur âge. Une étude ontarienne a observé que plus de la moitié de ses 300 participants vivant avec le VIH étaient en dépression.⁵ Dans une étude réalisée à New York auprès de 1 000 personnes, près de 40 % des adultes de plus de 50 ans avaient des symptômes de dépression.⁶ Le fait d'apprendre que l'on a le VIH, ou d'en avoir des symptômes, peut affecter notre santé mentale et notre qualité de vie.^{7,8} De fait, les personnes qui ont une maladie chronique éprouvent souvent des troubles d'humeur et/ou d'anxiété.⁹ Cela peut être aggravé par l'isolement social, la stigmatisation, des troubles de santé et des difficultés financières, que certaines personnes rencontrent en raison du vieillissement et/ou de la vie avec le VIH.^{6,9} La dépression se manifeste entre autres par des changements aux habitudes de sommeil et à l'appétit, une sensation inexplicable de fatigue, de tristesse ou de désespoir, et un manque d'intérêt pour les choses que l'on appréciait habituellement.¹⁰

On a établi une association entre la dépression chronique, le stress, le traumatisme et la progression de la maladie à VIH. Une santé mentale faible peut affaiblir le système immunitaire et faire augmenter la charge virale.¹¹

Il existe des liens entre la dépression et un certain nombre de comorbidités (voir le feuillet sur Le VIH et le vieillissement : effets et aspects physiologiques). En fait, plusieurs affections peuvent être des causes de dépression et/ou produire des symptômes qui lui ressemblent. Plusieurs de ces causes sont traitables.

Il s'agit entre autres de¹² :

- certains médicaments anti-VIH et anti-hépatite;¹³
- déséquilibres vitaminiques, minéraux ou hormonaux (testostérone, vitamine B12);
- déséquilibres d'hormone thyroïdienne (en particulier chez la femme);
- anémie (carence en fer) et fatigue résultante;¹⁴ et
- usage de drogue ou d'alcool.

Avec le temps, certaines personnes vivant avec le VIH constatent qu'elles ont des troubles de concentration, de mémoire et de traitement de l'information.

Publiée par :

En partenaire avec :

Financé en partie par :



Canadian Working Group on HIV and Rehabilitation
Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale



abbvie

Mis à jour: novembre 2013

Changements cognitifs

Avec le temps, certaines personnes vivant avec le VIH constatent qu'elles ont des troubles de concentration, de mémoire et de traitement de l'information. Ces phénomènes sont appelés changements cognitifs. Ces changements peuvent être légers ou ils peuvent entraver des activités et la capacité de fonctionnement dans la vie quotidienne.¹⁵ Le VIH et le vieillissement affectent tous deux le cerveau.

Même en l'absence d'infection à VIH, le vieillissement affecte la structure et la fonction du cerveau : il le ralentit, le rend moins exact et réduit sa capacité de stocker et de ramener des souvenirs. Ce déclin peut varier, de léger à sévère.¹⁶ D'après les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), un quart des adultes de plus de 65 ans, et deux tiers des adultes de plus de 85 ans, au Canada, ont une certaine forme de déficience cognitive.¹⁷ La plus sévère est la démence. La maladie d'Alzheimer est une cause répandue de démence.¹⁸

La démence est un trouble du cerveau qui peut affecter la mémoire, le comportement, la communication et la capacité de pensée claire. Elle peut avoir un impact sérieux sur les activités quotidiennes, la qualité de vie, voire sur

Ajustement à des pertes

En ayant une vie plus longue, les personnes vivant avec le VIH peuvent atteindre le mitan de la vie et au delà. Cependant, avoir une maladie chronique comme le VIH en plus des défis qui viennent avec l'âge peut être difficile. Les pertes qui peuvent se manifester en raison de l'infection à VIH – notamment la dégradation de la santé, la perte d'emploi, de revenu, de perspectives futures jadis imaginées, de la beauté de la jeunesse, ou encore le décès d'amis en raison du sida – peuvent affecter la qualité de vie.^{28,29}

Les perceptions concernant la mort sont en changement, à présent que les personnes vivant avec le VIH ont une espérance de vie plus longue et prennent de l'âge

la capacité de vie autonome. Le risque de développer la démence augmente avec l'âge.¹⁹ Heureusement, le taux de troubles neurocognitifs les plus sévères associés à la maladie à VIH, comme la démence, a diminué grandement depuis l'avènement de médicaments anti-VIH efficaces, au milieu des années 1990.²⁰ Toutefois, les personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement demeurent vulnérables à des déficiences neurocognitives plus légères.²¹

Les changements cognitifs que des personnes vivant avec le VIH peuvent éprouver sont parfois appelés « troubles neurocognitifs associés au VIH » (HAND étant l'acronyme anglais, pour « HIV-associated neurocognitive disorder »). Ces troubles ont des liens avec divers éléments : des défis à l'observance thérapeutique, des difficultés à conduire un véhicule, à gérer ses finances, à préparer des repas, à avoir un emploi, un stress dans les relations, de même qu'une survie écourtée.^{22,23,24,25}

Plusieurs personnes vivant avec le VIH sont aux prises avec des changements cognitifs. D'après certaines études, la déficience neurologique se rencontre chez environ un quart à la moitié des patients séropositifs au VIH.^{26,27} Cependant, plusieurs personnes vivent avec le VIH depuis des décennies et n'ont aucun problème cognitif.

Anxiété

Les perceptions concernant la mort sont en changement, à présent que les personnes vivant avec le VIH ont une espérance de vie plus longue et prennent de l'âge. L'infection à VIH, en soi, peut être une menace moins immédiate à la santé et à la vie, mais d'autres maladies et affections qui s'associent au vieillissement deviennent plus répandues. Ceci peut causer une anxiété associée à la peur de vieillir et aux implications de l'âge (comme une dégradation de la santé, les perspectives de logement, l'isolement social et la discrimination fondée sur l'âge). Les questions de sécurité financière et de retraite peuvent aussi être une source d'anxiété.³⁰ Par exemple, plusieurs Canadien-nes plus âgés qui vivent avec le VIH ne s'attendaient possiblement pas à atteindre un tel âge et n'ont peut-être pas planifié financièrement leur retraite. L'anxiété et l'inquiétude sont problématiques lorsqu'elles commencent à nuire au fonctionnement dans la vie quotidienne. Heureusement, les troubles anxieux peuvent être traités, à l'aide d'une thérapie, de médicaments ou d'une combinaison des deux approches.

Références

1. RAND, « Mental Health and Substance Abuse Issues Among People with HIV: Lessons from HCSUS », 2007. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2007/RAND_RB9300.pdf
2. Rosenberg S.D., Goodman L.A., Osher F.C., Swartz M.S., Essock S.M., Butterfield M.I., Constantine N.T., Wolford G.L., Salyers M.P., « Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness », *Am J Public Health* 2001; 91(1) : 31-37.
3. Commission de la santé mentale du Canada, *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, 2013. <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/5128>
4. CATIE, *Le VIH et le vieillissement*, brochure, 2010 (disponible via www.catie.ca).
5. Williams P., Narcisco L., Browne G., Roberts J., Weir R., Gafni A., « The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications for service directions », *AIDS Educ Prev*. 2005; 17(2) : 119-30.
6. Grov C., Golub S.A., Parsons J.T., Brennan M. et Karpiak S.E., « Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults », *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 2010; 22(5) : 640-639.
7. Herrmann S., McKinnon E., Hyland N.B., Lalanne C., Mallal S., Nolan D., Chassany O., Duracinsky M., « HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection », *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11 : 56.
8. Bhatia R., Hartman C., Kallen M.A., Graham J., Giordano T.P., « Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: Results from the Steps Study », *AIDS Behav*. 2011; 15(6) : 1161-1170.
9. Cacioppo J.T., Hughes M.E., Waite L., Hawkey L.C., Thisted R.A., « Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses », *Psychology and Aging* 2006; 21(1) : 140-151.
10. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision, Washington, D.C., 2000.
11. Leserman J., « Role of depression, stress and trauma in HIV disease progression », *Psychosomatic Medicine* 2008; 70(5) : 539-545.
12. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau, *Guide for HIV/AIDS Clinical Care*, 2011. http://hab.hrsa.gov/deliverhivaidscares/clinicalguide11/cg-803_depression.html
13. Papafragkakis H., Rao M.S., Moehlen M., Dhillon S., Martin P., « Depression and pegylated interferon-based hepatitis C treatment », *International Journal of Interferon, Cytokine and Mediator Research* 2012; 4 : 25-35.
14. Bourre J.M., « Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients », *J Nutr Health Aging* 2006; 10(5) : 377-85.
15. CATIE, *Le VIH et le vieillissement*, brochure, 2010 (disponible via www.catie.ca).
16. Glisky E.L., « Changes in Cognitive Function in Human Aging », dans D.R. Riddle (éd.), *Brain Aging: Models, Methods and Mechanisms*, 2007, CRC Press, Boca Raton.
17. Instituts de recherche en santé du Canada, *Stratégie et partenariat sur les troubles cognitifs liés au vieillissement*, 2010. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26988.html>
18. Atkinson M., « Témoignage d'une tête forte », *Vision positive*, CATIE, hiver 2010.
19. Société Alzheimer Canada, « La maladie ». <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia>
20. CATIE, *Le VIH et le vieillissement*, brochure, 2010 (disponible via www.catie.ca).
21. « The challenge of HIV associated neurocognitive disorder », *The Lancet* 2013; 13. <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473309913703062.pdf>
22. Woods et coll., « Prospective memory in HIV infection: Is « remembering to remember » a unique predictor of self-reported medication management? », *Arch Clin Neuropsychol*. 2008; 23 : 257-270.
23. Marcotte et coll., « Visual attention deficits are associated with driving accidents in cognitively-impaired HIV-infected individuals », *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006; 28 : 13-28.
24. Heaton et coll., HNRC Group. HIV Neurobehavioral Research Center, « Neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infection: implications for employment », *Psychosom. Med* 1994; 56 : 8-17.
25. Seigny et coll., « An evaluation of neurocognitive status and markers of immune activation as predictors of time to death in advanced HIV infection », *Arch Neurol*. 2007; 64 : 97-102.
26. Vivithanaporn P. et coll., « Neurologic disease burden in treated HIV/AIDS predicts survival: a population-based study », *Neurology*, 28 sept. 2010; 75(13) : 1150-8.
27. Clifford DB., « HIV-Associated Neurocognitive Disease Continues in the Antiretroviral Era », *Top HIV Med*. 2008; 16(2) : 94-98.
28. CATIE, *Le VIH et le vieillissement*, brochure, 2010 (disponible via www.catie.ca).
29. AIDS Bereavement and Resiliency Project of Ontario, « Multiple Ongoing AIDS-Related Loss and Community Devastation » http://www.abrpo.org/images/uploads/Multiple_Loss_Journey.pdf
30. Gauthier J., « Anxiety Disorders in the Elderly », 2005. <http://www.anxietycanada.ca/english/pdf/ElderlyEn.pdf>