

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2020-2021

THEME

Thèse N° :..... /

**TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH/SIDA DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE
DU CHU POINT-G**

Présenté et Soutenu publiquement le 23/11/2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie
Par :

Mme. SENDJONG TAGNE CYNTHIA AUDREY

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :	Pr.Daouda Kassoum MINTA
Membre :	Dr. Souleymane dit Papa COULIBALY
Co-Directeur :	Dr. Djibril SY
Directeur :	Pr. Assetou KAYA SOUCKHO

ADMINISTRATIONDOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEURVICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEURSECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANTAGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** – INSPECTEUR DU TRESOR**LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

1. Mr Yaya FOFANA	Hématologie
2. Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
3. Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
4. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
5. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
6. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
8. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
9. Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
10. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
11. Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
12. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
13. Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
14. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
15. Mr Issa TRAORE	Radiologie
16. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
17. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
18. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
19. Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
20. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
21. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
22. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
23. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
24. Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
25. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
26. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
27. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
28. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
29. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
30. Mr Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
31. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
32. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
33. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
34. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
35. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

36. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
37. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
38. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
39. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
40. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
41. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
42. Mr Yeya Tiémoko TOURE cellulaire, Génétique	Entomologie Médicale, Biologie
43. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
44. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
46. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
47. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
48. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie Obstétrique
49. Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
50. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
52. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
54. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
55. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
56. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
57. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
58. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
59. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
60. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
61. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie -
Secourisme	
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie

Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –
Traumatologie	
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| 2. Mr Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mohamed Amadou KEITA | ORL |
| 4. Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie – Réanimation |
| 5. Mr Sadio YENA | Chirurgie Thoracique |
| 6. Mr. Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie-réanimation |
| 7. Mr Adégné TOGO | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Samba Karim TIMBO | ORL et chirurgie cervico-faciale, |
| Chef de D.E.R | |
| 9. Mr Aly TEMBELY | Urologie |
| 10. Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie - Réanimation |
| 11. Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 12. Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| 13. Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| 14. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 15. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Mr Tiéman COULIBALY | Orthopédie Traumatologie |
| 2. Mme Diénéba DOUMBIA | Anesthésie-Réanimation |
| 3. Mr Mohamed KEITA | Anesthésie-Réanimation |
| 4. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE | Anesthésie-Réanimation |

5. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
7. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie /Obstétrique
8. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/ Obstétrique
9. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie /Obstétrique
10. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
12. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
13. Mr Hamady TRAORE	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
14. Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
15. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
18. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
19. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
20. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
21. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
22. Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mme Kadiatou SINGARE	ORL
24. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
25. Mr Seydou TOGO	Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
27. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
28. Mr Tioukany THERA	Gynécologie

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
5. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
6. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
8. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
9. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
10. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
11. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
12. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
13. Mr Ahmed BA	Chirurgie dentaire
14. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
15. Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
17. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF

18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
20. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
21. Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
22. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Hammadou DICKO	Anesthésie Réanimation
24. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr. Mahamadou COULIBALY	Anesthésie Réanimation
32. Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
33. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
34. Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
35. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
37. Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
38. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
49. Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
50. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
51. Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
52. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo- faciale
53. Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
55. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
56. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
57. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
58. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
59. Mr Alkadri DIARRA	Urologie

60. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
61. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
62. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
63. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
64. Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
65. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
66. Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
67. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique
68. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
2. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
4. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
5. Mr Karim TRAORE	Parasitologie-mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
5. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie Virologie
6. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
7. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
10. Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé Publique, Santé-Environnementale

- | | |
|---------------------------------|--|
| 13. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| 14. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/ Génomique |
| 15. Mr Nouhoum SAKO | Hématologie/Oncologie Cancérologie |
| 16. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 17. Mr Saidou BALAM | Immunologie |
| 18. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 20. Mr Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 21. Mr Hama Adoulaye DIALLO | Immunologie |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |
| 3. Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 4. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |
| 5. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 6. Mr Ibrahim KEITA | Biologie Moléculaire |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Siaka SIDIBE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr. Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 5. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 6. Mr Saharé FONGORO | Néphrologie |
| 7. Mr. Moussa T. DIARRA | Gastro-entérologie – Hépatologie |
| 8. Mr Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |
| 9. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 10. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 11. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie Chef de DER |
| 12. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 13. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 14. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 15. Mr Ichaka Menta | Cardiologie |
| 16. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 2. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 3. Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 4. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 5. Mr Anselme KONATE | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 7. Mr Bah KEITA | Pneumologie-Phtisiologie |
| 8. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |
| 9. Mr Mahamadou DIALLO | Radiodiagnostic imagerie médicale |
| 10. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. Mr Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 18. Mr Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 19. Mme Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| 20. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 21. Mme Djénéba DIALLO | Néphrologie |
| 22. Mr Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 23. Mr Seydou SY | Néphrologie |
| 24. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 25. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 26. Mr Ibrahima SANGARE | Cardiologie |
| 27. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 28. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 29. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 30. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 31. Mme Coumba Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 32. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 33. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 34. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 35. Mr Hourouma SOW | Hépto-Gastro-entérologie |

36. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
40. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
41. Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
42. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
43. Mr Seydou HASSANE	Neurologie
44. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
45. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
46. Mr Mamadou A. C. CISSE	Médecine d'Urgence
47. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
49. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
52. Mr Sirtio BERTHE	Dermatologie
53. Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mr Yamoussa KARABENTA	Dermatologie
55. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA Nutrition	Endocrinologie, Maladies métaboliques et
63. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr Salia KEITA Famille/Communautaire	Médecine de la
67. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
|---------------------------|----------------------|

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |

3. Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale et Ethique en santé

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
2. Mr Ousmane LY Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
4. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Chieck Abou COULIBALY Epidémiologie
6. Mr Abdrahamane COULIBALY Anthropologie médicale
7. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
8. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
10. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé communautaire
4. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
5. Mr. Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
6. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
7. Mr Bassirou DIARRA Recherche Opérationnelle
8. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
9. Mr Bakary DIARRA Santé publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalah NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mr Souleymane GUINDO Gestion
4. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
5. Mr Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire
6. Mr Alou DIARRA Cardiologie
7. Mme Assétou FOFANA Maladies infectieuses
8. Mr Abdoulaye KALLE Gastroentérologie
9. Mr Mamadou KAREMBE Neurologie
10. Mme Fatouma Sirifi GUINDO Médecine de Famille
11. Mr Alassane PEROU Radiologie
12. Mr Boubacar ZIBEIROU Physique

13. Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
14. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
15. Mr Issa COULIBALY	Gestion
16. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumologie-Phtisiologie
20. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
21. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
26. Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale
27. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
29. Mr Baba Diallo	Epidémiologie
30. Mr Mamadou WELE	Biochimie
31. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
33. Mr Kassoum KAYENTA	Méthodologie de la recherche
34. Mr Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

DEDICACE

A **DIEU** le **TOUT-PUISSANT** :

L'omniprésent, l'omnipotent et l'omniscient :

TU as toujours été présent pour moi tout au long de mon parcours. Sans TOI ce travail n'aurait jamais vu le jour. Tu m'as donné l'occasion d'embrasser cette profession ; je te prie Seigneur de toujours m'accompagner dans l'exercice de mes fonctions. Soit béni et que ton nom soit élevé pour les siècles des siècles Amen !!!

A mes grand-mères : Feu NINMOU Elisabeth et MASSA Généviève

- Feu NINMOU Elisabeth : comme tu le disais affectueusement 'mon médecin'. Voici venu le jour où je le serai officiellement mais tu n'auras pas l'occasion de prendre part à cet événement. Partie à l'approche de la réalisation de ce rêve, tu ne pourras pas bénéficier de mes soins. Néanmoins, je sais que là où tu te trouves tu veilleras sur moi afin que je puisse accomplir ma tâche comme tu l'aurais souhaité. Repose en paix grand-mère !!
- MASSA Généviève : comme nous le disons communément 'Mawo', merci pour les valeurs que tu ne cesses de nous inculquer au quotidien. Merci pour tes encouragements 'mamy', que le Père créateur t'accorde toujours l'énergie pour nous enseigner davantage !

A mes parents Mr TAGNE Emiles et Mme KOUGOUM épouse TAGNE Caroline Esther :

Les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Je suis heureuse de faire partie de votre descendance. Auprès de vous j'ai appris le sens du travail, du sacrifice et des priorités. Ce travail n'est que le fruit de vos encouragements et de votre confiance vis-à-vis de la personne que vous avez voulu que je sois aujourd'hui. Que l'Eternel vous accorde une longue vie !

A Mr DIARRA Ousmane et Mme HAIDARA épouse DIARRA Alimata :

Merci de m'avoir ouvert les portes de votre maison et de vos cœurs. Vous avez facilité mon adaptation sur cette terre qui fut nouvelle à mes débuts. A vos côtés

j'ai appris que la famille ne se résume pas au sang mais bien au-delà. Que le Seigneur vous comble de ses grâces !

A mes oncles et tantes :

Merci pour l'accompagnement et le soutien que vous avez eu à m'offrir tout au long de mon parcours. Vous m'avez tenue la main depuis l'enfance et accompagné tout au long de mes projets. Que le TOUT -PUISSANT multiplie vos œuvres !

Mes frères et sœurs :

Merci pour vos mots d'encouragement et de m'avoir boostée afin que ceci ne soit plus qu'un rêve mais une réalité.

Au Dr YMELE NANA Cédric :

Tu m'as prise sous ton aile et tu as veillé à ce que je ne manque de rien pour parvenir à obtenir le numerus clausus. Si aujourd'hui je réalise mon rêve d'exercer en tant que médecin c'est d'une part grâce à toi. Tu as été le grand frère qu'il fallait en cette période et tu continues à l'être jusqu'à ce jour. Que le Très-Haut t'accorde d'avoir une belle carrière dans le domaine médical !

REMERCIEMENTS

A mon pays le **CAMEROUN**, terre de nos ancêtres, terre sacrée et de prospérité ; merci pour tes vertus, tes enseignements et ton accompagnement.

Au **MALI** : terre d'accueil, tu m'as vue grandir en maturité et en sagesse. Avec toi j'ai traversé des moments difficiles mais aussi des moments de joie en abondance.

A mon ami : Dr SOUSSOU Aristide : Merci infiniment pour les sacrifices que tu as eu à faire depuis notre rencontre. Tu m'as appris le sens réel du mot 'amitié' car malgré les péripéties de la vie, tu m'as toujours accordé ton soutien. Que l'Eternel t'accorde de prospérer dans tes projets.

A mes amis : TCHINDA Gilles, NDOUMBE BODA Fritz, YANGO Ange, YAPSEU Fabrice Flore, KEWOU Nasser, TOCHE Keven, KENGNE Marleine, NANKAP Noris, NGAKAM Fabrice, DJEUMO Blaise : Malgré la distance, vous avez été présents à chaque moment. Je n'ai pas été parfaite dans mes actes mais vous m'avez acceptée, supportée et soutenue. Que le bon DIEU multiplie vos efforts et vous le rende aux centuples.

A mon groupe d'étude :

Dr SOULEMANOU Ali, Dr BAHOKEN Raoul, Dr TCHUENTE Serge, Dr OMAM Prudence : Je commémore encore nos séances de travaux pratiques pendant lesquelles il y eut des mélanges d'émotions telles du rire, du stress, parfois des éclats de voix. Tout ceci nous a permis d'avancer ensemble et d'aspirer à de grandes carrières médicales. Que le Seigneur nous accorde nous accompagne pendant l'exercice de nos fonctions respectives.

A ma famille de Bamako :

Dr GUEMNING Viviane, Dr MELINGUI Aristide, FOTSO Landry, Carelle EMTCHEU ; MASSADO Tatiana, NDIP Melinda, DJOUNDA Xavier, NKOYOUE Dilan, KEMAJOU Julianne, SIMO Cyrielle, Ben SAID : Merci de m'avoir acceptée et supportée. J'espère avoir pu être présente pour vous comme vous l'avez été pour moi.

Aux docteurs NKOT Marguerite, MANIE Angèle, ESSOMBA Laurent, BALLA Anicia, DJAMENI Charlène, KOUDOYOR Teko, FEUPI Andréa, LANGOUO Yannick, TCHAPEBONG Yannick, CHAWA Adhemar, NGUEYEM Gregory, FOGUE Ernest, NKAMEN Jules, TIEGANG Narcisse, DEMFACK Brisse, KORIKO Fousseni, GOILAO Pierrot, AYAYI Edem, ALLAGNENAM Gyslain, BAKO Mariam, SIDIBE Fode : Merci de m'avoir

tenue la main jusqu'au sommet. Que le PERE Céleste vous accorde de prospérer dans vos projets.

A mes chers maîtres : Dr Menta Djenebou TRAORE, Dr CISSOKO Mamadou, Dr MALLE Mamadou, Dr SANOGO Deborah, Dr Cheick COULIBALY ; avec vous j'ai appris que la médecine n'est pas une histoire de magie, il suffit de lire et de s'appliquer. J'espère être votre digne ambassadeur peu importe mon lieu d'exercice.

A mes encadreurs du service de médecine interne : Dr NYANKE Romuald, Dr DIASSANA Moussa, Dr CISSE Aziz, Dr SANAFI Salif, Dr DIARRA, Dr KONE Joseph, Dr OUATTARA, Dr SIDIBE Adama, Dr FANE, Dr KONE Nouhoum, Dr SANGARE Moussa, Dr LANDOURE Sekou, Dr KONE Yacouba, Dr DIARRA Aoua, Dr DJEUGOUE Stéphane, Dr KANE Alassane, Dr SIDIBE Modibo, Dr SINAYOGO Adama, Dr SIMO Thérèse, Dr DEMBELE Oumou, Dr COULIBALY Fatoumata ; merci pour les enseignements reçus.

Merci aux Dr TAMEGA, Dr YOSSI Oumarou, Dr LAO Simon, Dr DIAGNE Djeneba, Dr TEKETE Abdrahamane, Dr SAGARA Ibrahima, Dr DIAKITE, Dr KENE ; pour la formation reçue.

Merci aux Dr DEMFACK Brisse, Dr SIEWE Landry, TANEKEU Nadia, AZEFO Tatiana, MEGNE Suzie, PIANKEU Hippolite ; pour les bons moments passés ensemble.

A NDAM AGNES, BELOMO Larissa : Merci pour votre générosité et votre grand cœur.

A mon collègue de garde, MENSAH-ZUKONG KANGNI DODJI Edwin Junior : merci pour ces moments passés ensemble. A tes côtés j'ai pu apprendre davantage.

A mes voisins de banc, Dr KENNE Maurine, Dr SEMBER Albacaye, Dr VELTOMTOH Limane, Dr DAO Aichata, BAYOGO Hawa, CAMARA Samba : Merci pour les connaissances partagées ensemble.

A mes collègues du service : MENSAH Junior, KONE Sylvie, KONE Aboubacar, SAMBA Camara, SEGNIABETO Franck, ANADJEME Mariette, MAKOUGOUM Carole, COULIBALY Moussa, NZOUEKEU Inès, TEKAM Pamela, DIALLO Aissata, NGONGANG Ida, NJINWOUA Diane, BOA Trevis, DAKE Rose, TAPILY Gadri, AGYEMAN Richard, CISSE Mahmoud, COULIBALY Soumaila ; ça n'a pas toujours été facile entre nous mais nous avons su trouver des terrains d'entente afin d'aboutir à de bons résultats. Que l'Eternel nous donne la grâce d'être de bons médecins.

Aux membres de la cité OUA : Merci pour les moments de partage et de fous rires.

A l'AEESCM : Merci pour l'accueil chaleureux dont vous avez fait preuve. Avec vous on se croirait encore chez soi avec sa famille.

Au bureau de l'AEESCM 2016 : Dr OWONA Stéphane, Dr ATANGANA Yvan, Dr SONKWE Anicet, Dr MALLAH Cyrielle, POUGA Cédric, DJEUKU Joël, KEMBOU Idriss, KONCHI Wilson : A vos côtés j'ai appris le sens des responsabilités et la maîtrise de la gestion humaine. Puissiez-vous être des modèles pour les autres comme vous l'avez été pour moi.

A la troupe théâtrale de l'AEESCM et aux Paranos : Merci pour les bons moments d'humeur et de fous rires. A vos côtés je me suis laissée aller pour céder la place à une imagination débordante. Puissions-nous toujours garder ce brin de folie à chacune de nos rencontres.

A la promotion ALSACE (Allons Loyalement et Solidairement Avec Courage vers l'Excellence) et à son parrain Dr FASSEU Martial: Merci à chaque membre de cette famille pour les moments passés ensemble. Avec vous, on avait l'impression que le temps ne passait pas et il n'y avait pas de place pour l'ennui. Si aujourd'hui nous sommes appelés à voler chacun vers ses rêves, sachez que la vie parviendra à nous réunir une fois de plus comme notre premier jour.

A la promotion MADRID (Montrons Ardemment Dignité, Rigueur et Intelligence avec Droiture) : Merci d'avoir acceptée que je sois votre guide pendant votre séjour sur cette terre nouvelle. Sans le savoir, vous avez participé à travailler davantage ma personne afin d'être plus responsable et à l'écoute de tous. Puissiez-vous atteindre vos objectifs avec l'aide de DIEU.

Aux promotions DEGAULLE, SPARTE, ASTURIE, STATE, TROIE, ROME, PARIS, PANAME, MARSEILLE, ASGARD, TITAN, VICTORIA, Ah-JOSS : merci pour les belles rencontres.

A tous ceux que je n'ai pas cités, je ne vous oublie pas et je vous porte dans mon cœur, il est important de cacher les trésors et les pierres précieuses

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur Daouda Kassoum MINTA

- ✓ Professeur Titulaire des universités
- ✓ Agrégé de Maladies infectieuses et Tropicales
- ✓ Directeur du centre d'excellence et de lutte contre le VIH
- ✓ Chargé de cours de parasitologie et de thérapeutique à la FMOS
- ✓ Vice-président de la société Africaine de Pathologies Infectieuses

Honorable Maître,

C'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Vos compétences professionnelles, vos qualités scientifiques et humaines, votre simplicité, votre amabilité, font de vous un maître unique.

Recevez cher maître avec tout le respect et toutes les considérations nos humbles remerciements.

À notre Maître et juge :

Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ✓ Maître assistant de la psychiatrie à la FMOS
- ✓ Spécialiste en psychiatrie
- ✓ Praticien hospitalier au CHU du Point G
- ✓ Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa
- ✓ Membre de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM)
- ✓ Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)

Cher Maître,

Nous ne savons comment vous témoigner notre gratitude. C'est un réel plaisir pour nous de vous compter dans ce jury. Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous ont beaucoup marqués. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration et nos vifs remerciements. Que DIEU vous prête longue vie.

À notre Maître et Co-directeur

Docteur Djibril SY

- ✓ Spécialiste en médecine interne,
- ✓ Membre de la Société de Médecine interne du Mali (SOMIMA),
- ✓ Maître Assistant en Médecine interne à la FMOS,
- ✓ Praticien hospitalier au CHU du Point G,
- ✓ Diplômé en médecine gériatrique de l'université de Rouen et de Paris
VI en France

Cher Maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail ; vous l'avez éclairé par votre savoir et de rigueur scientifique. Nous avons été marqués par votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation de vos étudiants. Vous nous avez encadré comme un père le fait pour son enfant ; nous garderons de vous le souvenir d'un excellent maître. Veuillez accepter le témoignage de notre haute considération la plus respectueuse. Nous prions le bon DIEU qu'Il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

À notre Maître et Directrice

Professeur KAYA Assétou SOUKHO

- ✓ Professeur Titulaire de médecine interne à la FMOS,
- ✓ Première femme agrégée en médecine interne au Mali,
- ✓ Praticienne hospitalière dans le service de médecine interne du CHU du Point G,
- ✓ Spécialiste en endoscopie digestive,
- ✓ Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée,
- ✓ Spécialiste en médecine interne de l'université de Cocody (Cote d'Ivoire),
- ✓ Diplômée de formation post-graduée en gastro-entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-entérologie (OMGE) à Rabat (Maroc),
- ✓ Titulaire d'un certificat de formation de la prise en charge du diabète et complications, à Yaoundé (Cameroun),
- ✓ Membre du bureau de la Société Africaine de Médecine Interne (SAMI),
- ✓ Membre du bureau de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA).

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous avez portée en nous acceptant et en nous confiant ce travail.

Plus qu'un maître vous avez été pour nous une mère à travers vos conseils.

Votre simplicité, votre désir de transmettre le savoir, votre rigueur dans la démarche scientifique et votre modestie font de vous un maître de référence. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect. Que DIEU TOUT PUISSANT, vous accorde longue vie, santé et bonheur dans l'exercice de vos fonctions.

Veillez agréer cher maître nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS / ACRONYMES

ABC : Abacavir

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AES : Accident d'exposition au sang

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

ANI : Asymptomatic Neurocognitive Impairment

ARNm : Acide Ribonucléique messenger

ARV : Antirétroviral

ATV : Atazanavir

AZT : Zidovudine

CCR5 : Récepteur C- C chimiokine de type 5

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

CXCR4 : Récepteur C-X- C motif chemokine receptor 4

DTG : Dolutégravir

ECT : Electro-convulsivothérapie

EDS-M : Enquête démographique de Santé au Mali

EFV : Efavirenz

ELISA : Enzyme linked immunosorbent assay

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GABA : Acide gamma amino-butérique

HAD : HIV Associated Dementia

HADS : Hospital anxiety and depression scale

HAND : HIV Associated Neurocognitive Disorders

HTLV1 : Virus T-Lymphotrope Humain

II : Inhibiteur de l'Intégrase

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : Inhibiteur de la Protéase

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

IRSNA : Inhibiteur de la Sérotonine et de la Noradrénaline

IST : Infection sexuellement transmissible

JC Virus : John Cunningham Virus

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus

LPV : Lopinavir

MND : Mild Neurocognitive Disorder

NVP : Névirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PEC : Prise En Charge

PHQ9 : Patient Health Questionnaire 9

PVVIH : Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RAL : Raltégravir

RTV : Ritonavir

SNC : Système Nerveux Central

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TDF : Ténofovir

UKM : Université de Kankou Moussa

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3TC : Lamivudine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: Virus de l'immunodéficience humaine [29].....	34
Figure 2: Schéma de la réplication du virus de l'immunodépression humaine[37] [38]	37
Figure 3: Répartition des PVVIH en fonction de la présence ou non de troubles psychiatriques.....	62

Liste des tableaux

Tableau I : Principales pathologies opportunistes selon le taux de lymphocytes T CD4 [1].....	33
Tableau II: Répartition des patients en fonction des données socio-démographiques	63
Tableau III: Répartition des patients en fonction de l'état clinique.....	64
Tableau IV: Répartition des patients en fonction du mode de vie	65
Tableau V: Répartition des patients en fonction des comorbidités	65
Tableau VI: Répartition des patients en fonction du mode de découverte du VIH.....	66
Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité des liens dans la famille	66
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de l'attitude des proches après l'annonce du statut sérologique	67
Tableau IX: Répartition des patients en fonction des types de troubles psychiatriques	67
Tableau X: Répartition des patients en fonction du type de VIH.....	67
Tableau XI: Répartition des patients en fonction du taux de CD4.....	68
Tableau XII: Répartition des patients en fonction du protocole d'ARV et l'observance	68
Tableau XIII: Relation entre l'âge et le type de troubles psychiatriques.....	69
Tableau XIV: Relation entre le sexe et le type de troubles psychiatriques.....	69
Tableau XV: Relation entre le statut matrimonial et le type de troubles psychiatriques	70
Tableau XVI: Relation entre l'état général et le type de troubles psychiatriques	70
Tableau XVII: Relation entre la présence de comorbidités et le type de troubles psychiatriques	71
Tableau XVIII: Relation entre le mode de découverte du VIH et le type de troubles psychiatriques.	71
Tableau XIX: Relation entre le stade OMS et le type de troubles psychiatriques	72
Tableau XX: Relation entre le niveau d'intégration familiale et le type de troubles psychiatriques ...	72
Tableau XXI: Relation entre l'annonce du statut sérologique et le type de troubles psychiatriques...	73
Tableau XXII: Relation entre l'attitude des proches et de type de troubles psychiatriques	73
Tableau XXIII: Relation entre le type de VIH et le type de troubles psychiatriques	74
Tableau XXIV: Relation entre le taux de CD4 et le type de troubles psychiatriques	74
Tableau XXV: Relation entre l'observance aux ARV et le type de troubles psychiatriques	75

Table des matières

INTRODUCTION	27
OBJECTIFS	29
1 GENERALITES	30
1.1 VIH et SIDA [29,30,31,32,33]	30
1.1.1 Historique [29]	30
1.1.2 Epidémiologie	31
1.1.3 Physiopathologie	32
1.1.4 Traitement [53] [54]	44
1.2 TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET VIH [61,62,63,64,65,66]	49
1.2.1 Troubles psychiatriques [67,68,69,70,71]	49
1.2.2 Troubles neuropsychiatriques	51
1.2.3 Prise en charge des troubles psychiatriques [75][97]	52
2 MALADES ET METHODE	56
2.1 Type d'étude	56
2.2 Cadre et lieu de l'étude	56
2.3 Population d'étude	59
2.4 Technique d'enquête	59
2.5 Saisie et analyse des données	61
2.6 Aspects éthiques	61
3 RESULTATS	62
3.1 Fréquence	62
3.2 Résultats descriptifs :	63
3.2.1 Aspects sociodémographiques :	63
3.2.2 Aspects cliniques	64
3.2.3 Aspects paracliniques :	67
3.2.4 Aspects thérapeutiques :	68
3.3 Résultats analytiques	69
3.3.1 Aspects socio-démographiques :	69
3.3.2 Aspects paracliniques :	74
3.3.3 Aspects thérapeutiques :	75
4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION	76
4.1 Les limites de l'étude	76
4.2 Fréquence	76

4.3 Résultats descriptifs	76
4.3.1 Sexe	76
4.3.2 Âge	77
4.3.3 Profession	77
4.3.4 Statut matrimonial	77
4.3.5 Niveau d’instruction	77
4.4 Résultats analytiques	78
4.4.1 Anxiété	78
4.4.2 Dépression	78
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
Conclusion	80
Recommandations	81
REFERENCES	82

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une retro-virose qui affecte le système immunitaire entraînant sa destruction progressive suite à la réduction des cellules des récepteurs membranaires, (CD4) responsables de la coordination dudit système. L'évolution du VIH au sein de l'organisme se fait en plusieurs étapes avec une atteinte de multiples organes, conduisant parfois aux décès en absence de prise en charge [1].

Parmi ces atteintes d'organes, le système nerveux central est souvent concerné dans 30% à 50%. Cette atteinte se manifeste par une baisse de la vigilance avec des troubles psychiatriques surtout à type de confusion mentale et/ou de dépression [2] [3].

Selon les données recueillies par l'enquête démographique de santé au Mali V (EDS-M), la séroprévalence au VIH est de 1,1% chez les adultes âgés de 15 à 49ans. [4].

L'infection à VIH touche tous les domaines de la vie des personnes qui vivent avec le virus, avec parfois un retentissement physique et psychologique et des difficultés à l'insertion sociale et professionnelle due à la stigmatisation qu'elle engendre [5,6,7].

L'avènement des antirétroviraux a considérablement changé le pronostic autrefois fatal du VIH [1]. Au-delà de cette amélioration du pronostic, le VIH demeure une source d'angoisse [8]. La difficulté que rencontrent ces personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est le vécu d'une maladie chronique potentiellement mortelle, donnant lieu à des schémas thérapeutiques compliqués avec un risque de perte du soutien social [9] [10].

Le partage du statut sérologique est un exercice difficile pour les PVVIH. Ceux-ci redoutent un changement de comportement de leurs proches surtout dans le cadre familial. Cette lourde tâche implique parfois l'assistance d'un médecin [11] [12].

Plusieurs études [13,14,15,16,17] ont rapporté une fréquence des complications neuropsychiatriques ou psychologiques au cours de l'évolution de cette affection. Une étude au Québec rapportait 75% d'atteinte du système nerveux central au décours du VIH [18].

La recrudescence de cette infection à VIH se fait de façon parallèle avec des troubles de l'humeur [19] [20]. En Afrique sub-saharienne, ces troubles sont plus marqués par la dépression [21][22][23] .

Selon une étude faite au Mali, les troubles anxiodépressifs étaient les plus retrouvés avec un pourcentage estimé à 70,1% [24].

Les troubles psychologiques les plus rencontrés chez les PVVIH sont des troubles de panique, dans quelques rares cas le stress post-traumatique dont les causes ne sont pas totalement élucidées [2]. D'une part ces troubles seraient d'origine organique (opportunistes cérébraux), d'autre part ils seraient d'origine psychologique [25] [26].

Ces troubles présentent un problème majeur dans la prise en charge des PVVIH et peuvent conduire à une mauvaise observance thérapeutique, à un échec du traitement, à une progression de l'infection voire au décès des patients [27].

En Afrique, des études ont été faites pour rechercher la fréquence de ces atteintes psycho-affectives chez les PVVIH. Au Mali ; MINTA [5], ZOUNGRANA [9] et COULIBALY [24] ont mis en lumière dans leurs études une prévalence des troubles psychiatriques chez les PVVIH soit respectivement 55,17% ; 58,9% et 42% en 2003, 2005 et 2012.

Dans le monde, les troubles d'ordre neurocognitif sont classés comme étant la deuxième manifestation clinique retrouvée chez les PVVIH [28]

Devant la recrudescence de cette immunodépression au VIH/SIDA et sa prise en charge multidisciplinaire, nous nous proposons d'étudier les aspects épidémiocliniques des troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH suivies dans le service de médecine interne du CHU du Point G à Bamako.

OBJECTIFS

❖ Général

- Etudier les troubles psychiatriques chez les PVVIH dans le service de médecine interne

❖ Spécifiques

- Déterminer la fréquence des troubles psychiatriques chez les PVVIH suivies dans le service de médecine interne du CHU du Point G ;
- Décrire les profils sociodémographique et clinique des PVVIH souffrant de troubles psychiatriques ;
- Répertorier la nature des troubles psychiatriques retrouvés chez les PVVIH suivies dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G .

1 GENERALITES

1.1 VIH et SIDA [29,30,31,32,33]

Le virus de l'immunodéficience humaine entraîne progressivement une baisse de l'immunité par destruction des lymphocytes TCD4.

Ce virus au tendance neurotrope s'attaque au système nerveux central (SNC) occasionnant ainsi l'apparition de troubles neurocognitifs pouvant aller à un déficit cognitif asymptomatique jusqu'à la démence.

Les causes de ces troubles sont parfois difficiles à déterminer car d'une part on a l'annonce du statut et les conséquences sociales engendrées ; la toxicité des molécules utilisées ; d'autre part elles peuvent être la résultante d'une atteinte organique.

Les troubles les plus retrouvés sont l'anxiété et la dépression dues à la discrimination sociale et/ou du devenir du (de la) concerné (e) ; et dont le diagnostic peut passer inaperçu suite à des manifestations similaires à des comorbidités ou opportunistes liés au VIH.

Néanmoins, d'autres troubles peuvent être observés à type d'hystérie chez certaines personnes, des troubles de l'humeur, des accès maniaques ; mais ceux-ci ont été mal décrits chez les PVVIH.

1.1.1 Historique [29]

L'épidémie de Sida est apparue en juin 1981 par une recrudescence des cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et des sarcomes de Kaposi dans les villes de New-York, Los-Angeles, San-Francisco ; chez des personnes ayant un système immunitaire défaillant avec une baisse des lymphocytes CD4. Les populations atteintes étaient les homosexuels chez qui la cause incriminée était le « popper » qui était un vasodilatateur utilisé par eux.

Mais d'autres populations telles les toxicomanes furent infectées des mois après, ce qui leva les doutes sur les poppers et donna une origine virale à cette épidémie au vu de son mode de transmission (sexuel et sanguin).

La découverte de ce virus a été partagée entre les chercheurs des sociétés américaine et française dans les années 1983.

Robert Gallo et son équipe ont mis en évidence un rétrovirus humain appelé HTLV1 qu'ils pensaient être responsable du sida, s'attribuant ainsi la paternité de la découverte de ce virus.

En 1982, à l'institut Pasteur, Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi ont mis en évidence l'activité de la transcriptase inverse de ce rétrovirus et démontrent que le HTLV1 n'est pas le virus en cause ; ils surnomment le leur « lymphoadenopathy associated virus (LAV) », à l'origine de la destruction des lymphocytes T4.

En 1984, l'équipe de Jay A. trouve plusieurs rétrovirus qu'il nomme « AIDS associated virus (ARV) ».

Ces trois noms furent utilisés jusqu'en 1986 où le sigle VIH fut choisi.

Après plusieurs années passées dans les tribunaux pour trouver à qui reviendrait la paternité de la découverte du sida, c'est en 2008 que le prix Nobel de cette découverte fut donné à Luc Montagnier et à Françoise Barré-Sinoussi.

1.1.2 Epidémiologie

Situation du VIH dans le monde [34] :

A l'échelle mondiale 37,9 millions [32,7 millions- 44 millions] de personnes vivaient avec le VIH ; 1,7 millions [1,4 millions- 2,3 millions] de personnes étaient nouvellement infectées par le VIH et 770000 [570000- 1,1 millions] de personnes sont décédées de maladies liées au sida à la fin de l'année 2019.

Situation du VIH en Afrique [34] :

Selon les données mondiales recueillies, le taux élevé de personnes infectées au VIH est celui de l'Afrique de l'Est et du Sud avec 20,6millions [18,2 millions- 23,2millions] de personnes infectées par le VIH. En Afrique de l'Ouest et Centrale, 5millions [4millions- 6,3millions] de personnes vivent avec le VIH sida.

Situation du VIH au Mali [4] :

Selon les données recueillies par l'enquête démographique et de santé du Mali V, la prévalence du VIH est de 1,3 % dans la population de 15 à 49 ans d'hommes et de femmes et de 2,9% chez la femme enceinte.

1.1.3 Physiopathologie

Dès la contamination, le virus se réplique de façon active puis diffuse dans l'organisme et établit des réservoirs viraux au niveau des ganglions, du tissu lymphoïde du tube digestif, du système nerveux dans lesquels est intégré le VIH dans le génome des cellules hôtes.

Ce processus entraîne des réactions immunes humorale et cellulaire induisant dans un premier temps une régression et un contrôle de la production virale puis dans un second temps une destruction du système immunitaire par infection des lymphocytes TCD4 dont le nombre va diminuer de façon progressive et conséquente.

1.1.3.1 L'histoire naturelle du VIH

Elle traduit ici l'évolution du VIH sans traitement, et se subdivise en trois phases (03) : la phase aigüe ou primo-infection ; la phase chronique asymptomatique et la phase finale dite stade sida.

1.1.3.1.1 La primo-infection [30]

Elle survient en général dix à quinze jours après la contamination.

Elle est à 50% asymptomatique ou peut se présenter sous forme d'un tableau fébrile et /ou d'altération de l'état général. Elle peut parfois être accompagnée de pharyngite ; de candidose orale, d'éruption maculopapuleuse, de poly adénopathies, de troubles digestifs, de manifestations neurologiques (qui sont rares). Ces signes disparaissent de façon spontanée pour réapparaître lors de la phase symptomatique.

Au cours de la primo-infection, on peut retrouver à la biologie une thrombopénie (75%), une lymphopénie avec un syndrome mononucléosique ; et à la sérologie on aura les tests de dépistage ELISA combinés positifs mais un Western blot négatif ou incomplet.

1.1.3.1.2 La phase chronique [35]

Elle peut durer dix à quinze ans avec un fort risque de contamination due à la réplication active du virus.

Elle se manifeste par des signes non spécifiques par l'apparition de lésions cutanéomuqueuses telles une dermatite séborrhéique, un zona, des verrues, des condylomes, la candidose buccale ou génitale, une leucoplasie chevelue de la langue, un prurigo, des manifestations avec atteinte de l'état général, et la persistance d'une diarrhée chronique.

1.1.3.1.3 La phase finale ou stade SIDA[1] [36]

Cette phase regroupe les pathologies opportunistes liées à l'immunodépression au VIH.

L'apparition de certaines opportunistes dépend du taux de CD4 présent dans l'organisme.

Tableau I :Principales pathologies opportunistes selon le taux de lymphocytes T CD4 [1]

Taux de lymphocytes de CD4(mm ³)	Manifestations possibles
De 200 à 500	Candidose orale Tuberculose Maladie de Kaposi Lymphome
De 100 à 200	Les affections suscitées associées à la candidose œsophagienne Pneumocystose
Moins de 100	Toutes les affections suscitées Toxoplasmose cérébrale Infection à cytomégalovirus Cryptococcose neuro-méningée Infection à mycobactéries atypiques Leuco-encéphalopathie multifocale progressive à J.C virus

1.1.3.2 Rappel virologique [29] [24]

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus dont la caractéristique principale est une période d'incubation longue soit une évolution lente de la maladie.

Son matériel génétique est formé de molécules d'ARN.

Le VIH forme une sphère de 150nm de diamètre. Son enveloppe est composée d'une membrane lipidique provenant de la cellule infectée où sont ancrées deux glycoprotéines : la gp120 et la gp41.

La protéine de matrice (gp16) est ancrée sur la face interne de l'enveloppe.

Les protéines de capsides forment une structure conique (gp24), centre de la particule virale qui renferme des protéines à activité enzymatique que sont la protéase, l'intégrase et la transcriptase inverse, de même que les molécules d'ARN viral.

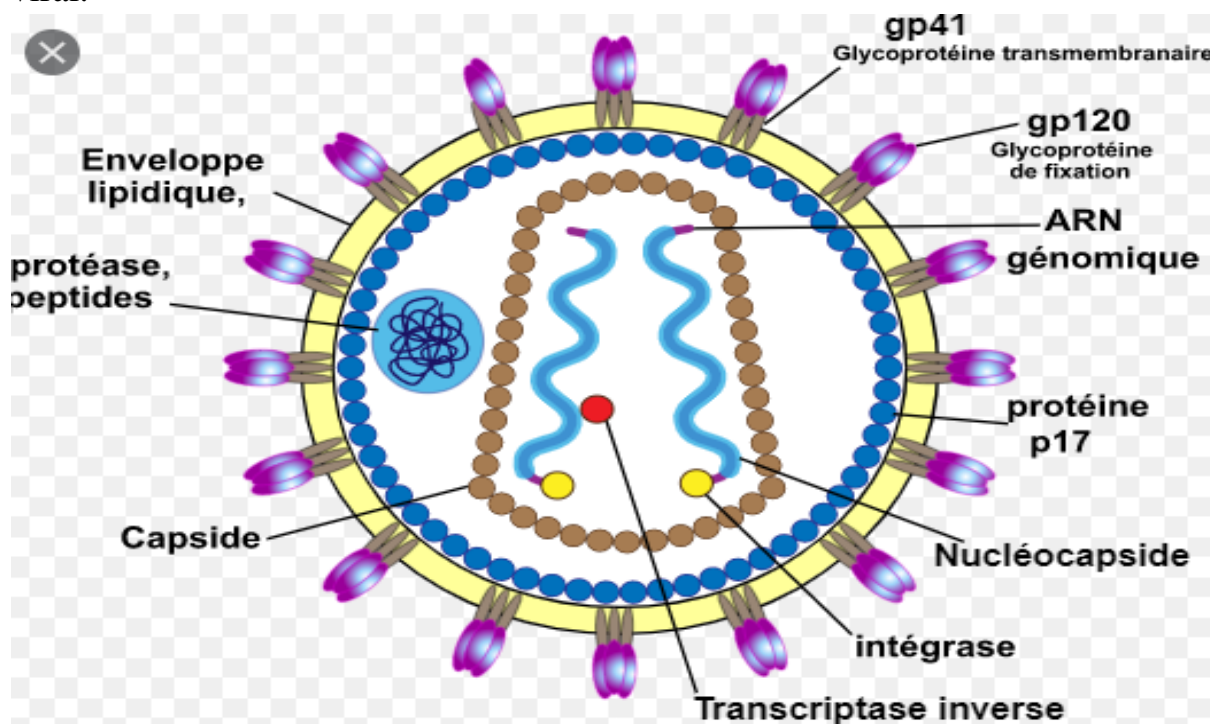


Figure 1: Virus de l'immunodéficience humaine [29]

1.1.3.2.1 Cycle de réplication virale

Les cellules pouvant être infectées par le VIH sont les lymphocytes TCD4, les macrophages, les cellules dendritiques et les cellules de la microglie (ou cellules microgliales).

Les différentes étapes de la réplication virale sont :

➤ **La fixation ou attachement à une cellule :** Cette étape est faite d'une reconnaissance entre les protéines de la surface virale gp120 et les récepteurs CD4 de la cellule cible puis une union entre eux entraînant le changement de conformation de gp120.

➤ **La fusion, la pénétration et la décapsidation :** L'union de gp120 avec le corécepteur entraîne une libération de la protéine gp41 qui va se fixer sur la membrane cytoplasmique et entraîner la fusion des membranes cellulaire et virale permettant la pénétration de la capsidie VIH dans le cytoplasme de la cellule.

➤ **La transcription inverse :** Elle est spécifique aux rétrovirus. Elle consiste en la conversion de l'ARN viral en une molécule d'ADN en double hélice, compatible avec l'ADN cellulaire dans lequel le virus va s'incorporer. Cette étape est possible grâce à une ADN polymérase appelée « transcriptase inverse ».

➤ **L'intégration :** C'est l'entrée de l'ADN issue de la transcription inverse dans le noyau cellulaire grâce à une enzyme appelée « intégrase ».

➤ **La formation d'un ARN messager :** Les deux brins d'ADN de la cellule s'écartent sous l'effet de l'ARN polymérase. Des bases azotées libres du noyau viennent prendre la complémentarité de la séquence et se polymérisent en une chaîne monobrin ARNm(messenger).

➤ **L'épissage :** L'ARNm formé d'introns et d'exons doit subir une maturation pour être lu par les ribosomes, entraînant ainsi une mise à l'écart des introns pour céder la place aux exons.

➤ **La traduction de l'ARN :** Les ribosomes du réticulum endoplasmique rugueux lisent l'ARNm et fait des groupes de trois nucléotides (codon) auxquels seront attribués des acides aminés.

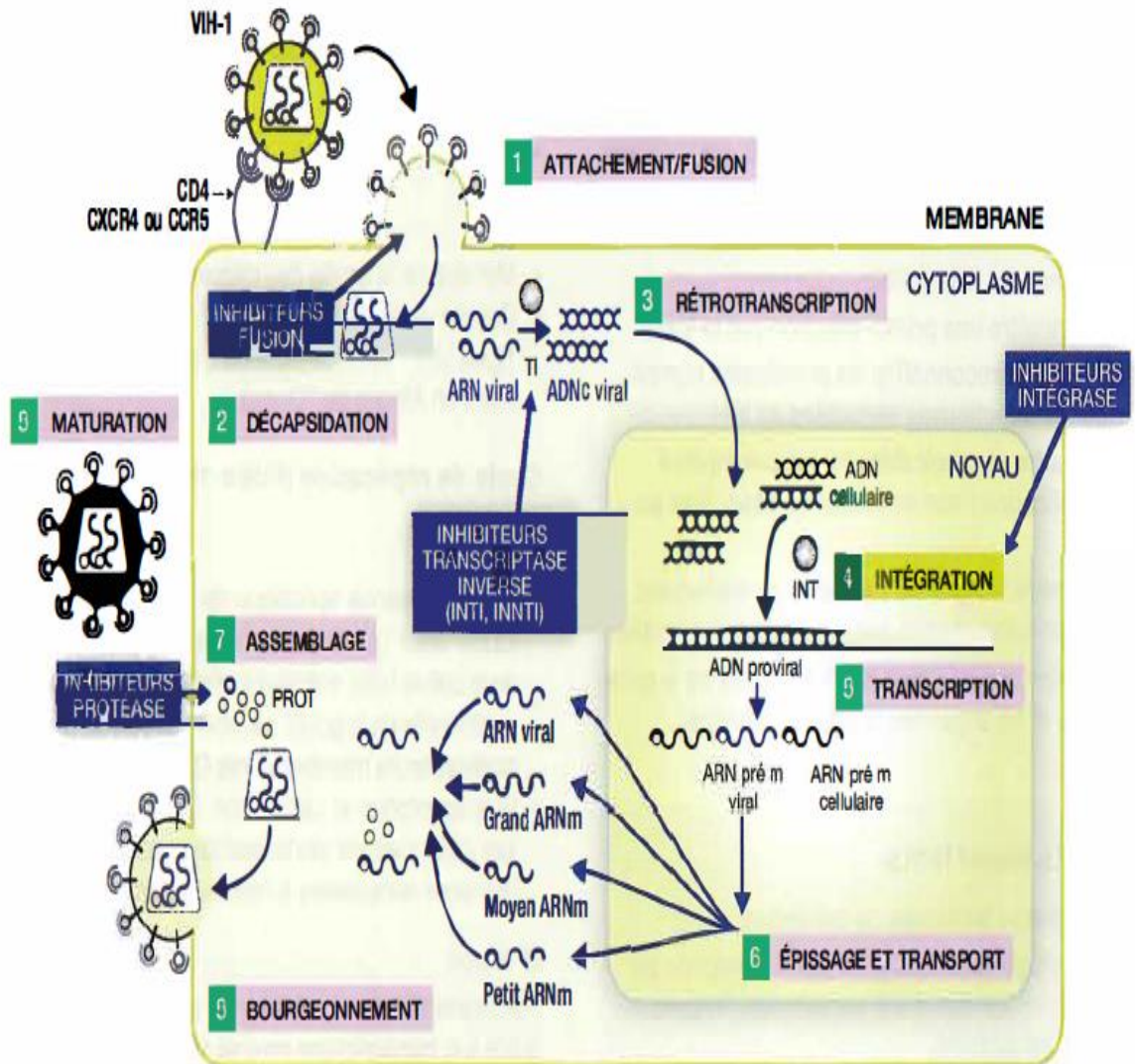
➤ **La maturation des protéines virales :** Ce processus s'effectue dans l'appareil de Golgi.

➤ **L'assemblage :** Les protéines virales de la structure (matrice, capsidie, nucléocapsidie) sont produites sous forme de poly protéines dénommées poly précurseurs Gag tandis que les enzymes virales sont libérées sous forme de poly protéines appelées Gag-Pol (matrice-Capsidie-Nucléocapsidie-Protéase-Reverse transcriptase-Intégrase). Après maturation dans l'appareil de Golgi, les poly protéines Gag et Gag-Pol sont amenées à la membrane cellulaire où elles retrouvent

les glycoprotéines virales. Il existe des interactions entre les différents domaines de Gag plus particulièrement des capsides permettant l'assemblage de structure entraînant la formation d'une particule virale par bourgeonnement de la membrane plasmique.

➤ **Le bourgeonnement :** La capside sort de la cellule infectée en prenant une partie de la membrane cellulaire.

➤ **La maturation des virus :** Les produits issus du bourgeonnement sont immatures. Il y aura des interactions entre les précurseurs Gag et Gag-Pol entraînant un rapprochement de domaines de la protéase avec production d'une protéase active après dimérisation. L'auto activation de cette protéase va induire la coupure des domaines PR et l'activation des protéines virales qui à leur tour vont couper les poly précurseurs Gag et Gag-Pol donnant lieu à la libération de la matrice de la capside et de la nucléocapside qui restera fixée sur l'ARN viral. Les protéines de la capside s'assembleront pour former la capside dont la constitution sera faite de la nucléocapside, de la transcriptase inverse et de l'intégrase. Les virus issus de la maturation sont très infectieux.



source : ECN-Pilly 2014



Figure 2: Schéma de la réplication du virus de l'immunodépression humaine[37],[38]

1.1.3.3 Mode de transmission[30] [1]

➤ **Transmission sexuelle (sperme, sécrétions vaginales) :** Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses vaginales, rectale ou buccale dont le risque de contamination varie respectivement de 0,1% ; 0,8% ; et 0,04%. La transmission s'effectue lorsqu'il y a contact avec les sécrétions sexuelles contenant le virus et le risque est majoré en cas de charge virale élevée et d'effraction des muqueuses (IST, Rapport traumatique).

➤ **Transmission par le sang et ses dérivés :**

- Chez les toxicomanes, le partage des seringues souillées représente le mode de contamination le plus courant au VIH et des virus de l'hépatite B et C.
- La sélection des donneurs de sang et le dépistage du VIH ont permis la diminution de la transmission du VIH par transfusion.
- Les accidents d'exposition professionnelle au sang (AES) ont un risque de 0,3% d'infection au VIH et nécessitent une prise en charge rapide et rigoureuse telle une exposition sexuelle.

➤ **Transmission mère – enfant [39] :** Elle peut avoir lieu pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Cependant, il y a aussi un risque de contamination lors de l'allaitement maternel ; c'est pourquoi il est conseillé aux mamans séropositives de passer à l'allaitement artificiel.

1.1.3.4 Manifestations cliniques [40–42]

➤ **Les manifestations psychiatriques (50% - 70%) [28] [43] [44] :** Les atteintes psychiatriques deviennent de plus en plus fréquentes chez les personnes séropositives au VIH. Celles-ci peuvent être iatrogènes allant des troubles de l'humeur aux troubles du comportement et de la personnalité. Elles surviennent le plus souvent pendant la phase SIDA. Elles peuvent aussi résulter de l'existence des opportunistes cérébraux de l'immunodépression.

➤ **Les manifestations dermatologiques (90%) [45] [46] :** Les manifestations dermatologiques sont observées chez près de 80% des PVVIH et 60% des patients à un stade précoce. La candidose buccale, la dermatite séborrhéique, la sécheresse cutanée, la maladie de Kaposi, les dermatophytoses et herpès cutanéomuqueux sont les dermatoses plus courantes. Le SIDA en milieu tropical a la particularité de présenter une grande fréquence d'apparition de prurigo. Certaines de ces dermatoses peuvent évoquer un important déficit immunitaire. L'histoire naturelle des manifestations dermatologiques du SIDA a été profondément changée par l'apparition de thérapeutique efficace. L'introduction de ces traitements peut parfois entraîner la survenue de dermatose (Zona, Folliculite) suivie d'une amélioration des dermatoses. Malheureusement les molécules utilisées peuvent être à l'origine de la survenue de certains effets indésirables tel le syndrome d'hyper sensibilité médicamenteuse et le syndrome lipodysmorphique.

➤ **Les manifestations digestives (50% - 90%) [47] [48] :** Le tube digestif est l'un des principaux organes cibles au cours de l'infection VIH. En effet, il

représente l'organe le plus riche en cellules immunocompétentes de l'organisme et donc l'un des principaux réservoirs du VIH. Le signe digestif majeur en zone tropicale est une diarrhée chronique ; elle peut être intermittente, liquide, parfois sanglante. Cette diarrhée peut être d'origine infectieuse pouvant nécessiter une mise en route d'examen paracliniques afin de trouver l'agent causal qui est le plus souvent *Salmonella*, *Shigella*, *Mycobactéries atypiques*, *Cryptosporidium*, *Giardia*, *Candida* et *Cytomégalovirus*. Cette diarrhée peut être accompagnée de nausées et vomissements. La pathologie digestive la plus rencontrée est la candidose bucco-pharyngée, elle peut être accompagnée d'œsophagite. Depuis la mise en place des antirétroviraux dans le but de réduire la réplication virale et de restaurer l'immunité, les atteintes digestives ont beaucoup réduit.

➤ **Les manifestations respiratoires (34%)** [49] [50] : Elles sont fréquentes et engagent parfois le pronostic vital. Il n'y a pas de signes pulmonaires spécifiques au cours du VIH. Le tableau clinique est caractérisé par une toux productive, souvent une pneumonie à présentation aiguë avec une hypoxie sévère. Il peut y avoir des signes mineurs tels une tachycardie isolée, une dyspnée, des douleurs thoraciques et des fébricules. Des complications pulmonaires peuvent être retrouvées comme les mycobactéries, la maladie de Kaposi, les lymphomes et surtout la pneumonie interstitielle lymphoïde qui touche particulièrement l'enfant infecté par le VIH. En l'absence d'une surinfection, la fièvre est absente, la dyspnée et les autres signes physiques pulmonaires apparaissent au cours de l'évolution. Les patients sous traitement antirétroviral présentent des incidences parfois décroissantes ou stables pour ces pathologies respiratoires.

➤ **Les manifestations neurologiques (50% - 70%)** [28] [51] : En zone tropicale, le symptôme phare est la céphalée ; elle est présente chez les patients présentant un syndrome neurologique. Cette céphalée est violente, parfois accompagnée d'agitation et d'insomnie dont les causes habituelles peuvent être soit une cryptococcose cérébro-méningée, soit une toxoplasmose cérébrale. Ces manifestations neurologiques sont présentes chez 50% des enfants infectés au VIH. On distingue :

- Une encéphalopathie d'évolution progressive marquée par une régression psychomotrice conduisant à la démence et à la mort ;
- Une encéphalopathie évoluant vers un bon pronostic ;
- Un déficit de la croissance cérébrale avec microcéphalie et atrophie cérébrale au scanner ;
- Des troubles moteurs avec syndrome pyramidal
- Un retard de développement psychomoteur

- Une ataxie et des convulsions.

L'étude du liquide céphalo-rachidien peut montrer des antigènes viraux. L'évolution peut aboutir à une tétraplégie spastique avec des signes de paralysie pseudo bulbaire.

L'avancée de la prise en charge a permis un meilleur contrôle de l'infection et une diminution de la fréquence des complications chez les patients en soins réguliers et l'amélioration du pronostic.

➤ **Les manifestations stomatologiques (87,5%)** [52] [53] : Elles peuvent révéler une infection à VIH, elles sont marquées par la présence de mycoses buccales dont plusieurs formes ont été décrites :

- La forme pseudo-membraneuse encore appelée « Muguet » qui donne une sensation de cuisson ou de goût métallique, et des macules rouges donnant une stomatite érythémateuse diffuse ; la gencive est la partie la moins atteinte.
- La forme érythémateuse est marquée par une glossite.
- La perlèche ou chéilite angulaire est une localisation cutanéomuqueuse de la commissure labiale.
- La forme hyperplasique qui est la forme pseudo-tumorale de la mycose.

En plus des mycoses buccales, on peut observer des ulcérations de la muqueuse buccale, la leucoplasie chevelue de la langue.

La venue des antirétroviraux tels les inhibiteurs de protéase et les inhibiteurs non nucléotidiques, a permis de modifier l'infection.

➤ **Les manifestations hématologiques (91,6%)** [54] [55] : On observe à tous les stades de l'infection VIH l'atteinte de toutes les lignées sanguines. Lors de la primo-infection, une hyperlymphocytose accompagnée d'un syndrome mononucléosique et d'une thrombopénie peuvent être transitoirement observés. Les anomalies hématologiques les plus fréquentes correspondent à des cytopénies qui sont quasi constantes à un stade évolué de l'infection.

➤ **Les manifestations néphrologiques (69%)** [56] [57] : Au cours du VIH, les aspects néphrologiques de la maladie à VIH concernent d'une part les atteintes rénales associées à l'infection à VIH, et d'autre part les atteintes rénales liées à la néphrotoxicité des médicaments utilisés dans la prise en charge de l'infection à VIH. Les manifestations néphrologiques sont classées en cinq catégories :

- L'insuffisance rénale aigue.
- Les désordres électrolytiques à type dysnatrémie, syndrome de sécrétion inapproprié d'ADH, dyskaliémie, hypocalcémie ou

hypercalcémie, hypomagnésémie, hypophosphatémie ou hyperphosphatémie.

- Les glomérulonéphrites associées à l'infection par le VIH.
- La néphrotoxicité des antirétroviraux.
- L'insuffisance rénale chronique.

➤ **Les autres manifestations** [58] : Elles sont variées :

- Hypertrophie parotidienne chronique ;
- Cardiomyopathie ;
- Choriorétinite à cytomégalovirus ;
- Otites et mastoïdites ;
- Purpura thrombopénique et anémie hémolytique auto-immune.

1.1.3.5 Méthodes de diagnostic

1.1.3.5.1 Diagnostic clinique [30]

➤ **Chez l'enfant** : Le Sida pédiatrique est évoqué par la présence d'au moins deux signes majeurs (perte de poids, diarrhée persistante, fièvre prolongée) associés à des signes mineurs (dermatoses, toux, infection ORL, adénopathies) en l'absence de d'autres causes d'immunodépression chez un enfant ayant un parent séropositif.

➤ **Chez l'adulte** : Le Sida chez l'adulte est défini par la présence de deux signes majeurs associé à un signe mineur en l'absence de d'autres causes d'immunodépression telle que la malnutrition, le diabète, les néoplasies. Le diagnostic de Sida peut être posé devant la présence de la maladie de Kaposi ou d'une méningite à cryptococque.

1.1.3.5.1.1 Stades cliniques[1]

C'est une classification clinique faite par l'OMS qui s'applique chez les personnes séropositives dont l'âge est compris entre 15 ans et plus. Elle est répartie en quatre groupes :

➤ **Stade clinique 1** : Il est la plupart du temps asymptomatique associé à des lymphoadénopathies persistantes généralisées.

- **Stade clinique 2** : Il est composé de :
 - Perte de poids modérée inexpliquée (<10% du poids initial)
 - Infections respiratoires récurrentes
 - Zona
 - Perlèche
 - Prurigo
 - Dermite séborrhéique
 - Infections fongiques des ongles (onychomycoses)

- **Stade clinique 3** : Il regroupe des affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être posé :
 - Perte de poids sévère (>10% du poids initial)
 - Diarrhée chronique de plus d'un mois
 - Fièvre prolongée inexpliquée de plus d'un mois
 - Candidose orale
 - Leucoplasie chevelue de la langue
 - Tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours deux années précédentes
 - Infections bactériennes sévères
 - Infections ORL sévères (stomatite, gingivite, periodontite aiguë ulcéro- nécrosante)
 - Anémie inexpliquée (<8g/dl) et/ou neutropénie (<500/mm³) et/ou thrombocytopenie (<50 000/mm³)

- **Stade clinique 4** : il rassemble les pathologies qui peuvent poser un diagnostic de la maladie :
 - Syndrome cachexique
 - Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*
 - Pneumonie bactérienne récurrente et sévère
 - Herpès chronique
 - Candidose de l'œsophage
 - Tuberculose extra-pulmonaire
 - Maladie de Kaposi
 - Toxoplasmose cérébrale
 - Encéphalopathie à VIH

Certaines pathologies peuvent faire confirmer l'existence de du VIH telles que :

- Cryptococcose extra-pulmonaire

- Infection à mycobactéries non tuberculeuses
- Candidose de l'appareil respiratoire
- Cryptosporidiose
- Isosporose
- Infection herpétique viscérale
- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- Infection à cytomégalovirus
- Mycose disséminée
- Septicémie récurrente à Salmonella non typique
- Cancer invasif
- Leishmaniose viscérale
- Lymphome

1.1.3.5.1.2 Diagnostic biologique ou sérologique [1]

1.1.3.5.1.2.1 Tests de dépistage

Il s'agit des méthodes immuno-enzymatiques de type ELISA qui détectent de façon combinée les Ac anti-VIH-1 et 2 et l'Ag p24.

Il existe des tests rapides avec des réponses disponibles en quelques minutes ou heures ; utilisés dans les contextes particuliers tels une urgence comme un accident d'exposition au sang ou à des liquides infectieux.

1.1.3.5.1.2.2 Tests de confirmation

Le Western- Blot permet la détection des anticorps dirigés contre les différentes protéines du VIH : Ac anti-glycoprotéines d'enveloppe, Ac anti-protéines de core par le gène gag et anticorps contre les enzymes codées par le gène pol.

Ces anticorps se forment de façon progressive ; ceci dit lors de la primo-infection le Western-Blot est dit incomplet car tous les anticorps ne sont pas synthétisés.

1.1.3.5.1.2.3 Quantification du virus

Elle permet de déterminer la charge virale par mesure de l'ARN viral plasmatique qui met en évidence la réplication virale. Il peut être quantifié par une amplification génomique (PCR) avec un seuil de détection de 20 à 50copies/ml selon les techniques.

La quantification a une place importante dans :

- Le suivi d'un traitement antirétroviral ;
- L'évolution de l'infection à VIH non traitée.

1.1.4 Traitement [59] [60]

1.1.4.1 But

Les ARV sont des molécules fabriquées au laboratoire pouvant réduire et ralentir la réplication du virus au sein de l'organisme.

Le traitement antirétroviral a pour but :

- De diminuer la charge virale plasmatique le plus bas possible afin de la rendre « indétectable » le plus longtemps possible ;
- De restaurer l'immunité par augmentation du taux de CD4 ;
- D'améliorer la qualité de vie ;
- De prévenir un risque de transmission sexuelle et verticale.

1.1.4.2 Moyens

1.1.4.2.1 Les antirétroviraux

Ce sont des médicaments actifs sur le virus du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Ils opèrent à différente étape du cycle de réplication et freinent ainsi l'évolution de la maladie. Toutefois ils n'empêchent pas la transmission de la maladie.

1.1.4.2.1.1 Classification des antirétroviraux

Les ARV sont classés suivant leurs sites d'actions :

- Les inhibiteurs de corécepteurs ;
- Les inhibiteurs de fusion et d'entrée ;
- Les inhibiteurs de la reverse transcriptase :
 - Les analogues nucléosidiques et nucléotidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse (TI)
 - Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ;
- Les inhibiteurs de la protéase ;
- Les inhibiteurs de l'intégrase.

1.1.4.2.1.1.1 Les inhibiteurs de corécepteur [61]

Les corécepteurs les plus mis en évidence sont les CCR5 et CXCR4 ; celui présent sur les macrophages, les cellules ganglionnaires, les astrocytes cérébraux, les lymphocytes est le CCR5 tandis que le CXCR4 est présent seulement sur les lymphocytes.

1.1.4.2.1.1.2 Les inhibiteurs de fusion et d'entrée

Ils agissent sur la pénétration et bloquent la protéine gp41, l'empêchant ainsi de se lier à la membrane cytoplasmique.

1.1.4.2.1.1.3 Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) [62]

Ils inhibent les bases naturelles de l'ADN proviral ; incorporés dans la synthèse, ils stoppent la prolongation de la chaîne d'ADN en empêchant l'addition de nouveaux nucléotides.

Les molécules disponibles au Mali sont :

- Ténofovir : TDF
- Zidovudine : AZT
- Lamivudine : 3TC
- Abacavir : ABC

1.1.4.2.1.1.4 Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) [63]

Ils sont très sélectifs de VIH-1 et inactifs sur le VIH-2. Ils inhibent la transcriptase inverse en se fixant sur une poche hydrophobe située près du site actif de transcriptase inverse.

Les molécules disponibles au Mali sont :

- Efavirenz : EFV
- Névirapine : NVP

1.1.4.2.1.1.5 Les inhibiteurs de la protéase (IP) [64]

Ils ont pour rôle de bloquer la phase tardive de la maturation virale. La protéase du VIH clive les polypeptides précurseurs, produit des gènes gag et pol codant pour les protéines de structures et les enzymes du virion. Les virions fabriqués sous IP sont immatures donc incapables d'infecter de nouvelles cellules et seront éliminés de la circulation par un mécanisme mal élucidé ce jour. In vitro, les IP sont actifs sur le VIH-1 et le VIH-2.

Les molécules disponibles au Mali sont :

- Ritonavir : RTV
- Lopinavir : LPV
- Atazanavir : ATZ
- Association Lopinavir + Ritonavir.

1.1.4.2.1.1.6 Les inhibiteurs de l'intégrase (II) [65] [66]

Ils empêchent le virus d'intégrer son message génétique dans celui de la cellule cible. Ils font partie de la dernière classe des antirétroviraux. Les molécules disponibles au Mali sont :

- Dolutégravir : DTG
- Raltégravir : RTG.

1.1.4.2.2 Indications [59] [60]

Le traitement antirétroviral est mis en place après la découverte de la présence du VIH au sein de l'organisme.

Le schéma dit de « première ligne » est un traitement de première intention chez toute personne naïve de tout traitement antirétroviral. Celui-ci peut être modifié en cas d'intolérance à une des molécules : on parlera de « schéma alternatif » de la première ligne.

En cas d'échec thérapeutique sous première ligne, un autre traitement antirétroviral sera instauré dit de « deuxième ligne ».

1.1.4.2.2.1 Schéma de première ligne

- **Les schémas de première ligne du VIH-1** : Ils associent deux INTI et un II.

Le régime préférentiel de la première ligne est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)

Ce schéma est administré chez les adultes, les adolescents(es), et les femmes en âge de procréer sous une contraception efficace.

Dans le cas où les adolescentes et les femmes en âge de procréer aient des difficultés d'accès à une contraception efficace ou désirent porter une grossesse ; elles seront mises sous un schéma alternatif.

Comme traitement alternatif nous avons :

- Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

- **Les schémas de première ligne pour le VIH-2 ou co-infection VIH-1 et VIH-2 ou infection par le VIH -1 du groupe O** : Ils associent deux INTI à un IP boosté (IP/r) ou un II; les INNTI sont inefficaces sur ce groupe.

Le traitement de première ligne est le suivant : **Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)**.

Ce schéma est administré chez les adultes, les adolescents(es), et les femmes en âge de procréer sous une contraception efficace.

Dans le cas où les adolescentes et les femmes en âge de procréer aient des difficultés d'accès à une contraception efficace ou désirent porter une grossesse ; elles seront mises sous un schéma alternatif.

Le schéma alternatif en cas d'intolérance est le suivant :

- Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)

1.1.4.2.2 Schéma de deuxième ligne

Le schéma de deuxième ligne est indiqué en cas d'échec thérapeutique documenté. Il inclut au moins deux nouvelles molécules dont l'une est issue d'une famille différente des familles utilisées dans la première ligne. La lamivudine (3TC) doit être toujours maintenue dans le schéma de deuxième ligne.

Le schéma préférentiel est le suivant : 02 INTI + 01 inhibiteur de protéase boosté.

Les inhibiteurs de protéase les plus utilisés sont : Lopinavir/ritonavir(LPV/r) et Atazanavir/ritonavir(ATV/r).

1.1.4.2.3 Schéma de troisième ligne

En cas d'échec à la deuxième ligne, il est préférable de faire un test de génotypage de résistance puis adapter le traitement en fonction du résultat obtenu.

1.1.4.3 L'échec thérapeutique

La définition de l'échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et virologiques.

1.1.4.3.1 L'échec clinique

Il se définit par la survenue ou la réapparition d'affection pouvant classer le patient aux stades III ou IV après six (06) mois de traitement bien conduit. La décision de changer le traitement dépendra de l'évolution du taux de lymphocytes TCD4 et de la charge virale.

1.1.4.3.2 L'échec immunologique

Il se définit comme une absence d'ascension du pourcentage ou de la valeur absolue des lymphocytes TCD4 après six mois de traitement bien suivi.

1.1.4.3.3 L'échec virologique

Il se définit par :

- Une charge virale détectable après une période de baisse virologique ;
- La persistance de la charge virale supérieure ou égale à 1000copies/ml après au moins vingt-quatre semaines (soit 06mois) de traitement antirétroviral bien conduit.

1.2 TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET VIH [67,68,69,70,71,72]

Les troubles psychiatriques sont définis comme étant un ensemble de manifestations portant atteinte au comportement, à l'attention, au jugement, au raisonnement d'une personne. En dehors du VIH, ils peuvent découler d'autres étiologies. Ils peuvent faire suite à une atteinte du système nerveux occasionnée par une cause organique ou par des causes non organiques.

1.2.1 Troubles psychiatriques [73,74,75,76,77]

Le VIH/Sida est considéré jusqu'à nos jours comme étant une affection gravissime avec de grandes répercussions, surtout sur le plan psychiatrique. Malgré l'évolution de la science, cette affection porte une mauvaise connotation autant chez les malades que chez certains soignants et entraîne une stigmatisation au sein de la société. Les manifestations d'ordre psychiatrique les plus rencontrées vont de la dépression à l'anxiété, des troubles du comportement, la manie et des troubles bipolaires.

1.2.1.1 La dépression [78,79,80,81,82,83,84]

C'est une affection fréquemment rencontrée dans la pratique médicale mais peu de personnes posent son diagnostic. Elle a tendance à entraîner des troubles pouvant aller jusqu'au suicidaire.

Au cours de la dépression le patient a tendance à vivre dans le passé ; c'est-à-dire que suite à un évènement antérieur difficile à surmonter et la succession d'autres évènements arrivés spontanément mal vécus lui donnent l'impression de n'être pas en mesure de surmonter les contraintes de la vie. Il aura tendance à manquer d'initiative accompagnée d'une démotivation et une démoralisation personnelles.

Lors de la phase dépressive, les personnes vivant avec le VIH se sentent affaiblis et ne savent comment se valoriser remettant ainsi leurs existences en question et leurs capacités d'affronter les incidents de la vie.

La dépression a tendance à perturber le sommeil entraînant de multiples éveils nocturnes ayant pour conséquence au cours de la journée, une sensation d'asthénie générale associée à une somnolence diurne. Chez certaines femmes nouvellement mères, il existe des périodes de changement d'humeur non expliqué dû aux doutes qu'elles ont sur leurs capacités à bien jouer leurs rôles de mamans et de bonnes maîtresses de maison.

Les PVVIH ont tendance à se poser la question suivante : « Quand a -t-on baissé la garde pour mériter une telle infection (Pour certains une malchance, d'autre une malédiction) et comment s'y prendre pour stopper manifestement son évolution ? ».

Devant toute dépression chez les PVVIH, il est nécessaire de solliciter l'avis d'un spécialiste pour une prise en charge rapide afin d'éviter des complications telles qu'une tendance au suicide ; qui se définit comme étant tout acte porté de façon volontaire dans le but d'entraîner une détérioration de l'état clinique de sa propre personne.

Les idées de suicide sont plus fréquentes chez les personnes séropositives que chez les séronégatifs. Les facteurs pouvant aggraver le risque suicidaire peuvent être :

- L'âge
- Le statut matrimonial
- L'antécédent familial ou personnel de suicide
- La perte d'emploi ou d'un être cher suite à l'infection au VIH
- Le stade avancé de la maladie.

Plusieurs questionnaires permettent d'évaluer la dépression parmi lesquels nous avons le hospital anxiety and depression scale, le patient health questionnaire 9 (PHQ9) [85].

1.2.1.2 L'anxiété [85,86,87,88]

On entend par 'anxiété', un ensemble de manifestations dues à une peur ou sensation de frayeur diffuse dont les étiologies n'ont pas été toutes mises en évidence. Cette sensation habite tout être humain mais reste à un stade modéré ; permettant ainsi à stimuler la personne en état de stress pour mieux se préparer à traverser certaines situations dans l'optique d'avoir de meilleurs résultats.

Les personnes souffrant d'anxiété ont tendance à prendre toutes nouvelles dans un contexte d'inquiétude quand bien même celles-ci sont bonnes. Elles présentent parfois une sensation d'étouffement à la poitrine voire une oppression au niveau du thorax, des palpitations, des sueurs, une difficulté à déglutir (non pathologique). Ces personnes sont très méfiantes envers la société et se sentent fragiles face à toute situation possible. Les personnes anxieuses ont du mal à trouver le sommeil souffrant d'insomnie d'endormissement, ce qui rend inefficace leur durée de repos.

Dans le cas du VIH, les personnes anxieuses ont l'inquiétude d'un avenir incertain. Elles ont parfois l'impression que leurs jours sont comptés et que leur état de santé peut vite aller de façon dégradante. Face à certaines circonstances, elles présentent des états d'agitation faisant suite à un stress ou de paralysie psychologique.

1.2.1.3 La manie [89,90,91]

Au cours de l'infection à VIH, les manifestations pouvant faire évoquer un accès maniaque sont rares mais visibles avec une faible fréquence. Chez les personnes

présentant un accès maniaque on observe une humeur irritable, la présence d'une énergie abondante, une surestimation du soi, une diminution de l'apport en sommeil, une logorrhée, voire parfois des comportements à risque.

1.2.1.4 Les troubles bipolaires^[92]

Il réunit des épisodes de manie ou d'hypomanie associées à des épisodes de dépression. On les classe en deux groupes :

- **Le trouble bipolaire type 1** : Il se décrit chez tout individu ayant au moins un épisode maniaque associé ou non à des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs au cours de sa vie.
- **Le trouble bipolaire type 2** : Ici on note un épisode de dépression majeure et une hypomanie au cours de son existence.

1.2.2 Troubles neuropsychiatriques

1.2.2.1 Les troubles neurocognitifs ^{[93][94]}

Les troubles neurocognitifs au cours de l'infection à VIH ont été mis à la lumière depuis l'avènement de cette pandémie. Ceci est dû au fait que le virus est neurotrope avec atteinte du système nerveux central pouvant être causée par une encéphalopathie à VIH. La survenue de ces troubles a pour autres origines la senescence du cerveau et les répercussions cérébrales des comorbidités.

La classification de HAND (HIV-associated neurocognitive disorders) scinde ces troubles en trois grands groupes :

- Le déficit cognitif asymptomatique ou asymptomatic neurocognitive impairment (ANI)
- Le trouble cognitif modéré ou mild neurocognitive disorder (MND)
- La démence associée au VIH ou HIV associated dementia (HAD).

Au cours de la démence, il y a des troubles cognitifs avec altération de la mémoire, des troubles l'attention, du raisonnement et du jugement. Tout ceci peut parfois mener à une agressivité chez le patient avec des perturbations du rythme nyctéméral. Le processus de déroulement de la démence se fait de façon progressive et en cas d'absence d'une autre étiologie en dehors de l'immunodépression. [95] [96]

1.2.2.2 Les syndromes cérébraux organiques : la confusion mentale^{[78][97]}

Elle se caractérise par une altération de l'état de conscience ou une obnubilation, des troubles de la vigilance, de l'attention, de la mémoire. Elle peut être associée à un trouble du sommeil et des propos incohérents. Devant ces manifestations il est

préférable de chercher une cause curable à l'origine de cette manifestation telle une toxoplasmose, une cryptococcose neuro-méningée, une encéphalite à VIH.

Ce qui la différencie de la démence est le mode d'apparition qui est brutal, d'où son caractère aigu ou subaigu.

1.2.2.3 Les troubles psychiatriques iatrogènes [98,99,100,101]

Dans ce cas de figure, les troubles sont dus aux effets secondaires d'une ou de des molécules utilisées lors de la prise en charge de l'immunodépression.

- L'éfavirenz entraîne une défaillance du SNC sévère et persistante se traduisant par des troubles psychiatriques
- La névirapine peut provoquer un état de fatigue et de somnolence. En cas d'apparition de troubles psychotiques chez des patients sans antécédents psychiatriques, il faudrait suspendre son utilisation
- La zidovudine a été mise en cause devant la survenue de manies, d'agitation, de troubles du sommeil
- La lamivudine entraînerait des troubles du sommeil, une asthénie mais rarement des troubles dépressifs
- L'abacavir pourrait générer une asthénie
- Le saquinavir occasionnerait un état asthénique associé parfois à une somnolence. Il peut entraîner dans de rares cas des troubles dépressifs, de confusion, d'anxiété, d'irritabilité et d'agitation avec hallucinations
- Le ritonavir est incriminé dans la survenue de troubles du sommeil, d'anxiété, d'asthénie et de confusion
- Le dolutégravir occasionnerait des troubles neurologiques
- L'indinavir peut être à l'origine de l'apparition de l'anxiété, une agitation, une baisse de l'acuité intellectuelle, une somnolence, des troubles du sommeil, un syndrome dépressif et des hallucinations
- Certains antituberculeux ont un effet délétère pour le système nerveux central en particulier l'isoniazide.

1.2.3 Prise en charge des troubles psychiatriques [81][102]

Les moyens utilisés pour une bonne prise en charge face aux troubles psychiatriques sont de plusieurs types.

1.2.3.1 La psychothérapie

La psychothérapie est la méthode non médicamenteuse la plus sollicitée. Elle est plus utilisée en cas de dépression car elle permet d'identifier les situations qui auraient poussé une personne à douter de soi-même et de son existence.

Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Identifier les problèmes dans l'objectif d'améliorer le bien-être moral et émotionnel du patient
- Identifier les pensées négatives entraînant le désespoir et la sensation de n'avoir pas sa place sur terre
- Chercher les pensées qui seraient à l'origine de l'accentuation de l'état dépressif
- Retrouver les plaisirs d'autrefois.

Il existe trois (03) types de psychothérapie les plus utilisés :

- La thérapie comportementale et cognitive : Elle agit sur les comportements inadéquats et les pensées associées à ces comportements. Le but est de corriger ces comportements et pensées afin d'améliorer la vie du patient.
- La thérapie familiale : La famille est une enceinte au sein de laquelle on note une transmission des valeurs, éthiques et des pensées propres à elle. Son équilibre peut être perturbé en cas de changement d'un élément tel un mariage, un anniversaire, un décès.

La thérapie familiale permet de mettre en évidence un cas de dépression au sein de la famille et de la corriger.

- La psychanalyse : Elle permet la compréhension du problème depuis sa genèse et agit sur l'inconscient du patient. C'est une méthode assez complexe et elle nécessite que le thérapeute fasse au préalable sa propre psychanalyse.

1.2.3.2 L'hygiène de vie

Une bonne hygiène de vie implique de faire des activités courantes de la vie dans le but de se divertir telles les promenades, des activités physiques, etc. Elle sollicite aussi un changement du comportement alimentaire : moins d'alcool, plus de fruits et légumes.

1.2.3.3 Moyens invasifs : L'électro convulsivothérapie, la luminothérapie, la stimulation magnétique transcrânienne

➤ **L'électroconvulsivothérapie (ECT)** : Elle est plus indiquée en cas d'états dépressifs sévères et en cas d'intolérance aux traitements médicamenteux et à la psychothérapie. Elle consiste à placer des électrodes sur la boîte crânienne et à faire passer une forte intensité de courant électrique. Elle a de bons résultats avec une régression des signes ; néanmoins elle fait partie des traitements de deniers recours.

➤ **Luminothérapie** : Elle consiste à exposer de façon régulière le patient à une source lumineuse spécifique appelée « lumière blanche à large spectre ». Son but est de rétablir l'horloge biologique se traduisant par la suite à une hausse du moral, d'une diminution de la somnolence. Elle agit sur l'épiphyse dont le rôle est la

synthèse de mélatonine qui est une hormone qui est sécrétée de façon abusive chez les personnes qui souffrent de dépression saisonnière.

➤ **La stimulation magnétique transcrânienne** : Elle consiste à faire passer du courant électrique puissant et rapide, libéré de façon intermittente sur le scalp à l'aide d'une bobine. Les stimulations peuvent être uniques, séparées de quelques secondes. Le cortex préfrontal dorsolatéral est la principale cible des stimulations car c'est la zone facilement accessible et connectée à des structures impliquées dans la dépression. Elle ne nécessite pas une anesthésie générale comme tel est le cas lors de l'ECT. Elle a de bons résultats mais peu durables, donc elle est associée à des psychotropes.

1.2.3.4 Les moyens invasifs : les psychotropes

Ils constituent l'ensemble des médicaments utilisés pour la prise en charge des troubles psychiatriques.

➤ **Les benzodiazépines** : Elles constituent un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans la prise en charge des états anxieux. Elles augmentent l'action inhibitrice du principal neuromédiateur du cerveau à savoir l'acide gamma aminobutyrique (GABA). Elles ont des effets multiples telles la sédation et la myorelaxation. Face à de nombreux effets secondaires néfastes tels que l'addiction, elles sont utilisées en dernier recours pour la prise en charge des états anxieux.

➤ **L'hydroxyzine** : c'est une molécule utilisée dans la prise en charge de l'anxiété car elle a une action sur les récepteurs histaminergiques (H1) et sur les récepteurs sérotoninergiques entraînant respectivement une sédation et une sensation de satiété. Elle est plus sollicitée que les benzodiazépines du fait de l'absence de dépendance.

➤ **Les carbamates** : Ils ont les mêmes effets que les benzodiazépines, c'est-à-dire la sédation et la myorelaxation. Ils occasionnent une toxicité hépatique et une dépendance en cas de fortes doses.

➤ **Le buspirone, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les antidépresseurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)** : Ils sont eux aussi indiqués en cas d'état anxieux généralisé. Ils n'entraînent point de dépendance.

➤ **Les antidépresseurs tricycliques** : Ils sont aussi utilisés dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Ils ont pour effets secondaires une prise de

poids, la somnolence ; la sécheresse buccale ; des tremblements des membres ; des vertiges allant jusqu'aux atteintes des fonctions sexuelles.

➤ **Les neuroleptiques** : Ils sont utilisés pour leur effet tranquillisant, et en cas de désorganisation des pensées. ils sont parfois utiles en cas des troubles psychiatriques tels que les troubles bipolaires, la schizophrénie, des hallucinations.

➤ **Les thymorégulateurs** : Encore appelés psycho-régulateurs ; ils sont utilisés dans les troubles bipolaires, la manie, la dépression. Ils peuvent entrainer une somnolence, une prise de poids, des problèmes de concentration et parfois une baisse de la libido.

2 PATIENTS ET METHODE

2.1 Type d'étude

Notre étude était descriptive transversale, analytique et longitudinale à recrutement prospectif sur une période de onze mois (allant du 1er mai 2020 au 31 mars 2021) chez les personnes vivant avec le VIH suivies en ambulatoire et/ou en hospitalisation.

2.2 Cadre et lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de médecine interne du CHU du Point G de Bamako (Mali).

➤ Présentation du CHU du Point G :

Le CHU du Point G jadis appelé « Hôpital national Point G », est l'une des structures hospitalières de troisième référence de la ville de Bamako. Il emploie plus de 700 personnes environ, il est géré par 3 organes :

- ✓ Un conseil d'administration
- ✓ Une direction générale
- ✓ Un comité de gestion.

La structure est dotée de 3 missions :

- ✓ Mission de soins
- ✓ Mission de formation
- ✓ Mission de recherche.

La dénomination du « G » est une terminologie topographique (géodésique) 'G' ; il s'agit du niveau par rapport à la mer à Dakar (SENEGAL) appliqué à la colline sur laquelle est situé le CHU dont la construction remonte à 1906.

Il fut fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar.

Erigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05 décembre 1992.

En 2006, à l'occasion des cérémonies marquant le centenaire de l'hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du

renforcement des capacités, l'hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours.

Géographiquement, le CHU est bâti sur 25 hectares de superficie et sur une colline située au Nord de la ville de Bamako, à 8 Kilomètres du centre-ville, opposée à la colline de Koulouba et sur la route de Kati, rendant ainsi son accès assez difficile. Il compte services (médecine, plateau technique, imagerie et chirurgie comprise).

➤ **Présentation du service de Médecine Interne**

Le service de Médecine Interne fait partie des 10 services médicaux que compte le CHU du Point G (Cardiologie, Hématologie, Oncologie, Maladies infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Rhumatologie, Pneumologie, Psychiatrie et Médecine interne).

Le personnel est constitué de :

- 01 professeur spécialiste en médecine interne ;
- 02 maitres assistants ;
- 04 praticiens hospitaliers ;
- 02 majors ;
- 20 médecins en spécialisation
- Des infirmiers(ères) ;
- Des techniciens de surface ;
- Des étudiants stagiaires de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et de l'université Kankou Moussa (UKM).

Le service est en forme de cuve (convexe en avant et concave en arrière) est limité au NORD par la centrale d'épuration des eaux usées du CHU, au SUD par la route bitumée le séparant des services de pneumologie et de cardiologie B, à l'EST par le service de psychiatrie et à l'OUEST par le service des Maladies infectieuses et le centre de l'association des P.V.VIH.

Le service comprend 4 unités :

- ✓ Une unité de diabétologie au Rez-de-chaussée avec 12 lits d'hospitalisation comprenant :
 - 4 salles de première catégorie
 - 4 salles de deuxième catégorie de 2 lits (8lits) chacune
 - 3 salles de consultation = CES ; P.V.VIH et des professeurs au couloir EST
 - 1 bureau du major au couloir EST

- 1 salle des infirmiers au couloir NORD
- 1 salle des urgences de 2 lits au couloir EST
- 1 salle d'éducation diabétique complètement équipée au début du couloir EST
- 1 salle de connexion internet non équipée près de l'escalier en face de la porte principale
 - 1 salle des GS ou techniciens de surface près de l'escalier en face de la porte principale
- 1 salle de pansement au couloir EST
- 2 toilettes réparties entre GS et malades accompagnant près de la porte principale au couloir NORD
- 1 petit magasin pour matériels de nettoyage près de la place dédiée à l'ascenseur.

A l'extrême EST du couloir, l'escalier secondaire se limite au deuxième étage et dernier étage contrairement à l'escalier principal qui conduit jusqu'au toit du bâtiment.

- ✓ Une unité d'endoscopie digestive équipée au rez-de-chaussée comprenant :
 - 1 salle de fibroscopie œsogastroduodénale et de coloscopie
 - 1 salle d'Ano-rectoscopie
 - 1 salle d'attente
 - 1 bureau de médecin
 - 1 magasin
- ✓ Une unité de médecine interne au premier étage (couloir EST) avec 18 lits dont 16 d'hospitalisations comprenant
 - 8 salles de deuxième catégorie de 2 lits chacune
 - 1 salle de réanimation non fonctionnelle de 2 lits
 - 1 salle de pansements et des soins en face de cette dernière
 - 1 bureau du major à 10 mètres environ de l'escalier principal
 - 1 salle des infirmiers à l'extrême du couloir
 - 1 salle de G.S ou techniciens de surface au début du couloir à 5 mètres environ de l'escalier principal
 - 1 magasin.
- ✓ Une unité de gériatrie au premier étage (couloir NORD) avec 12 lits d'hospitalisation disposée comme suit :
 - 2 salles VIP fonctionnelles à l'extrême du couloir
 - 2 salles de première catégorie de d'un lit chacune
 - 1 salle de deuxième catégorie de 2 lits
 - 2 salles de troisième catégorie de 3 lits (6lits)

- 2 toilettes au début du couloir répartis entre G.S et certains malades et leurs accompagnants.

Au deuxième étage nous avons :

- ✓ Au couloir NORD :
 - 6 salles non fonctionnelles
 - 1 salle des CES et des internes
 - 2 toilettes répartis entre personnels
 - Une grande salle de conférence en face de l'escalier principal et à mi-chemin entre les couloirs.
- ✓ Au couloir EST :
 - 6 bureaux de médecins
 - 1 salle de consultation des professeurs
 - 1 salle des archives
 - 1 secrétariat.

2.3 Population d'étude

Notre étude portait sur tous les PVVIH reçues dans le service de médecine interne

- **Critères d'inclusion**

Ont participé à notre étude les patients séropositifs au VIH suivis en ambulatoire et/ou en hospitalisation dans le service de médecine interne du CHU du Point G chez qui nous avons constaté une modification du comportement ou du caractère pendant notre période d'étude

- **Critères de non inclusion**

-Patients présentant une manifestation psychiatrique et dont la certitude du diagnostic sérologique au VIH n'était pas établie

. Taille de l'échantillon

$n = Z\alpha^2 \times p.q / i^2$ or $Z\alpha = 1,96$ $p = 0,15$ $q = 1-p = 1-0,15$ soit $q = 0,85$ et $i = 0,05$

On aura $n = 1,96 \times 1,96 \times 0,15 \times 0,85 / 0,05 \times 0,05$ donc $n = 195,9216$ soit 196 cas avec une marge de 10 % dont au total nous avons eu entre **176 et 216 patients.**

2.4 Technique d'enquête

- **L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD**, en français échelle d'anxiété et dépression hospitalière) de Zigmond et Snaith (1983) a été initialement développée pour évaluer la présence de symptômes d'anxiété et dépression chez les patients hospitalisés sans troubles psychiatriques.

L'HAD est considérée comme un bon questionnaire à utiliser avec les PVVIH, en particulier pour aider à diagnostiquer la dépression et l'anxiété. Ce questionnaire est constitué de 14 items, répartis entre deux entités pour évaluer l'anxiété et la dépression. Les individus répondent aux questions, sous forme de déclarations, sur une échelle de Likert de 0 à 3 points. La somme des items constitue le score d'anxiété et de la dépression. Le score de chaque item peut varier de 0 à 21 points. Plus le score est élevé, plus les signes en faveur de ces items sont visibles. Un score inférieur ou égal à 7 écarte la présence d'anxiété et ou de dépression ; entre 8 et 11 il y a une forte suspicion de troubles de l'anxiété et/ou de la dépression, et un score de supérieur à 11 signale la présence de l'anxiété et/ou de la dépression.

- Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives étaient recueillies à partir des dossiers et reportées sur des fiches d'enquête préétablies.

Variables d'étude :

-Données sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence, statut matrimonial, niveau de scolarisation, rang dans la fratrie

-Antécédents : médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, familiaux

-Motifs d'hospitalisation : consultation externe, venu(e) en consultation pour altération de la conscience, transfert d'un service pour le nôtre, évacuation d'une structure pour la nôtre

- Modalités de découverte des pathologies neuropsychiatriques : humeur, langage, contenu de la pensée, mémoire, l'attention, le jugement, le raisonnement, niveau d'intégration familiale, niveau social

- Données cliniques : poids, taille, indice de masse corporelle, indice de Karnofsky, pression artérielle, température, état des muqueuses, déshydratation, ictère, amaigrissement, humeur, cours de la pensée, contenu de la pensée, contenu du langage, mémoire, attention, jugement, raisonnement, intégration familiale

- Examens complémentaires : Sérotype du VIH ; nombre de lymphocytes T CD4 ; mesure de la charge virale du VIH

-Classification de l'OMS du VIH : I, II, III, IV

- Initiation thérapeutique aux ARV : schéma de 1^{ère} ligne, schéma de 2^{ème} ligne, 3^{ème} ligne

- Observance : observant, inobservant avec motifs (intolérance médicamenteuse avec type d'effets secondaires, problème social ou déni de la maladie)

- Evolution : bonne avec sortie, transfert vers autres services, évacuation vers autres structures, décès

- Hospital anxiety and depression scale « HADS »: être tendu ou enervé, avoir peur de même que la venue d'un événement horrible, se faire du souci, rester assis et décontracté à ne rien faire, avoir peur et/ou des sensations de panique soudaines, avoir la bougeotte, s'intéresser à son apparence, avoir la bonne humeur, se faire plaisir comme avant, voir la vie du bon côté, s'habiller comme avant, se réjouir à l'avance de certaines choses, prendre plaisir à lire ou visionner.

2.5 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 22.0 et la comparaison des données qualitatives a été faite avec le Khi2 de Pearson, de Yates et le test de Fischer pour un seuil de significativité $p \leq 0.05$

2.6 Aspects éthiques

Les informations recueillies n'ont été accessibles qu'aux personnes impliquées dans l'étude. Tous les patients ont donné leur assentiment avant d'être inclus. La confidentialité des données recueillies a été garantie pour chaque patient par l'attribution d'un identifiant à chacun d'eux, ce qui a permis de sécuriser les données recueillies. Pour les patients mineurs, une autorisation parentale a été faite au préalable.

3 RESULTATS

3.1 Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons retenu 190 patients. Notre échantillon était constitué de 130 femmes (68,4%) et de 60 hommes (31,6%). Parmi les données recueillies, 70 patients ont présenté des troubles psychiatriques, soit une fréquence de 36,84%.

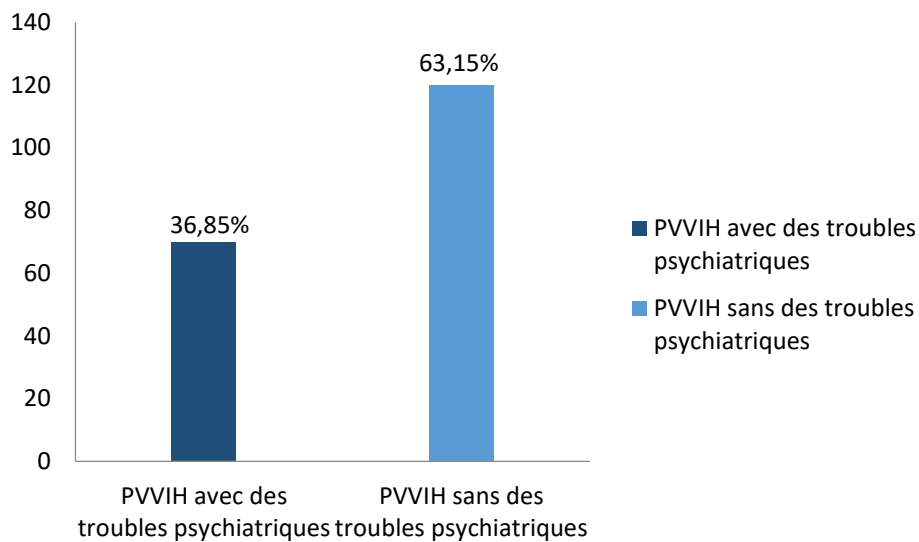


Figure 3: Répartition des PVVIH en fonction de la présence ou non de troubles psychiatriques

3.2 Résultats descriptifs :

Résultats en fonction des données démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques

3.2.1 Aspects sociodémographiques :

Tableau II: Répartition des patients en fonction des données socio-démographiques

Données socio-démographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age		
15-24	3	4,30
25-34	6	8,60
35-44	24	34,30
45-54	24	34,30
55-64	10	14,30
65 et plus	3	4,30
Profession		
Ingénieur	1	1,40
Commerçant	13	18,60
Femmes au foyer	44	62,90
Autres *	12	17,10
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	28	40,00
Primaire	19	27,10
Secondaire	15	21,40
Supérieur	2	2,90
Ecole coranique	6	8,60
Sexe		
Masculin	9	13,00
Féminin	61	87,00
Statut matrimonial		
Célibataire	10	14,30
Marié(e)	34	48,60
Divorcé(e)	8	11,40
Veuf(ve)	18	25,70
Total	70	100,00

*Mécanicien (1), coiffeuse (2), étudiant (2), maintenancier (1), chauffeur (4), teinturier (2)

- Dans 62,90% les patients étaient des femmes au foyer
- Le sexe féminin représentait 87,00% avec un ratio de 0,15
- Dans 48,60% des cas recensés, les patients étaient mariés

3.2.2 Aspects cliniques

Tableau III: Répartition des patients en fonction de l'état clinique

Etat clinique	Effectif	Pourcentage (%)
Type de suivi		
Ambulatoire	53	75,70
Hospitalisation	17	24,30
Etat général		
Bon	58	82,90
Altéré	12	17,10
Indice de Karnofsky (%)		
30- 49	8	11,40
50- 69	4	5,70
70- 89	4	5,70
90- 100	54	77,10
Stade OMS du VIH		
I	40	57,10
II	8	11,40
III	7	10,00
IV	15	21,40
Total	70	100,00

- Le stade IV de l'OMS représentait 21,40% des cas
- L'état général était altéré dans 17,10%

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du mode de vie

Mode de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Tabagisme		
Oui	6	8,60
Non	64	91,40
Ethylisme		
Oui	1	1,40
Non	69	98,60
Total	70	100,00

- Les tabagiques actifs représentaient 8,60%.

Tableau V: Répartition des patients en fonction des comorbidités

Comorbidités	Effectif (n=21)	Pourcentage (%)
Insuffisance surrénale lente	5	23,80
Hypertension artérielle	8	38,09
Diabète	4	19,04
Ulcère gastro-duodéal	1	4,76
Tuberculose	3	14,28
Total	21	100,00

L'hypertension artérielle représentait 38,09% des comorbidités.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction du mode de découverte du VIH

Mode de découverte du VIH	Effectif	Pourcentage (%)
Bilan biologique*	50	71,40
Don de sang	4	5,70
Dépistage	16	22,90
Total	70	100,00

La maladie à VIH était découverte lors d'un examen banal dans 71,40%.

*: prise de sang pour un bilan de routine dans lequel la SRV a été incluse sans counseling pré-test.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la qualité des liens dans la famille

Lien au sein de la famille	Effectif	Pourcentage (%)
Niveau d'intégration familiale		
Bon	27	38,60
Passable	41	58,60
Mauvais	2	2,90
Total	70	1000
Annonce du statut à la famille		
Faite par le patient	32	45,70
Faite par le médecin	25	35,70
Non faite	13	18,60
Total	70	100,00
Encouragement familial pour le traitement ARV		
Oui	57	81,40
Non	1	1,40
Famille non informée	12	17,10
Total	70	100,00

- La famille apportait son soutien pendant le traitement ARV dans 81,40%.

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de l'attitude des proches après l'annonce du statut sérologique

Attitude des proches après l'annonce du statut sérologique	Effectif	Pourcentage (%)
Indifférente	50	71,40
Distante	1	1,40
Désolation	6	8,60
Famille non informée	13	18,60
Total	70	100,00

Dans 71,40%, l'attitude des membres de la famille était restée indifférente après l'annonce du statut sérologique du patient.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction des types de troubles psychiatriques

Type de troubles psychiatriques	Effectif	Pourcentage (%)
Anxiété	41	58,60
Anxiété et dépression	15	21,40
Dépression	14	20,00
Total	70	100,00

L'anxiété a représenté 58,60% des troubles psychiatriques chez les patients.

3.2.3 Aspects paracliniques :

Tableau X: Répartition des patients en fonction du type de VIH

Type de VIH	Effectif	Pourcentage (%)
VIH1	69	98,60
VIH2	1	1,40
Total	70	100,00

Le VIH type I représentait 98,60%.

Tableau XI: Répartition des patients en fonction du taux de CD4

Taux de CD4 en Cellules/mm ³	Effectif	Pourcentage (%)
0- 199	25	35,70
200- 399	8	11,40
400- 599	18	25,70
600- 799	15	21,40
800 et plus	4	5,70
Total	70	100,00

Le nombre de lymphocytes T CD4 < 200 cellules était observé à 35,70%

3.2.4 Aspects thérapeutiques :

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du protocole d'ARV et l'observance

Protocole ARV et observance	Effectif	Pourcentage (%)
Protocole de PEC		
Schéma de 1ère ligne (TDF+3TC+EFV)	30	42,86
Schéma de 1ère ligne (TDF+3TC+DTG)	35	50,00
Schéma de 2ème ligne	5	7,14
Total	70	100,00
Observance aux ARV		
Bonne	42	60,00
Mauvaise	28	40,00
Total	70	100,00

Les patients observants au traitement ARV présentaient 60,00%.

3.3 Résultats analytiques

3.3.1 Aspects socio-démographiques :

Tableau XIII: Relation entre l'âge et le type de troubles psychiatriques

Age	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
15-24	2 (2,90%)	0 (0,00%)	1 (1,40%)	3 (4,30%)	0,6
25-34	4 (5,70%)	2 (2,90%)	0 (0,00%)	6 (8,60%)	0,45
35-44	16 (22,90%)	5 (7,10%)	3 (4,30%)	24 (34,30%)	0,2
45-54	11 (15,70%)	6 (8,60%)	7 (10,00%)	24 (34,30%)	0,8
55-64	6 (8,60%)	1 (1,40%)	3 (4,30%)	10 (14,30%)	0,6
65 et plus	2 (2,90%)	1 (1,40%)	0 (0,00%)	3 (4,30%)	0,6
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,70

Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'âge et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XIV: Relation entre le sexe et le type de troubles psychiatriques

Sexe	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Masculin	4 (5,70%)	2 (2,90%)	3 (4,30%)	9 (12,90%)	0,89
Féminin	37 (52,90%)	13 (18,60%)	11 (15,70%)	61 (87,10%)	0,035
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p= 0,42

Nous avons trouvé un lien entre le sexe féminin et le type de troubles psychiatriques

Tableau XV: Relation entre le statut matrimonial et le type de troubles psychiatriques

Statut matrimonial	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Célibataire	5 (7,10%)	1 (1,40%)	4 (5,70%)	10 (14,30%)	0,6
Marié(e)	21 (30,00%)	7 (10,00%)	6 (8,60%)	34 (48,60%)	0,29
Divorcé(e)	5 (7,10%)	3 (4,30%)	0 (0,00%)	8 (11,40%)	0,45
Veuf(ve)	10 (14,30%)	4 (5,70%)	4 (5,70%)	18 (25,70%)	0,6
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,69

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le statut matrimonial et le type de troubles psychiatriques.

Aspects cliniques :

Tableau XVI: Relation entre l'état général et le type de troubles psychiatriques

Etat général	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Bon	37 (52,90%)	11 (15,70%)	10 (14,30%)	58 (82,90%)	0,0175
Altéré	4 (5,70%)	4 (5,70%)	4 (5,70%)	12 (17,10%)	0,99
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,14

Nous avons trouvé un lien entre le bon état général et le type de troubles psychiatriques avec p =0,0175

Tableau XVII: Relation entre la présence de comorbidités et le type de troubles psychiatriques

Comorbidités	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Oui	13 (18,60%)	4 (5,70%)	4 (5,70%)	21 (30,00%)	0,2
Non	28 (40,00%)	11 (15,70%)	10 (14,30%)	49 (70,00%)	0,0375
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,92

Nous n'avons pas trouvé de lien entre la présence de comorbidités et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XVIII: Relation entre le mode de découverte du VIH et le type de troubles psychiatriques

Mode de découverte de la maladie	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Bilan biologique	31(44,30%)	11(15,70%)	8 (11,40%)	50 (71,40%)	0,0175
Don de sang	1 (1,40%)	1 (1,40%)	2 (2,90%)	4 (5,70%)	0,8
Dépistage	9 (12,90%)	3 (4,30%)	4 (5,70%)	16 (22,90%)	0,6
Total	41(58,60%)	15(21,40%)	14 (20,00%)	70(100,00%)	

p=0,39

Nous avons trouvé un lien entre le mode de découverte de la maladie(sans counseling) et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XIX: Relation entre le stade OMS et le type de troubles psychiatriques

Stade OMS	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
I	26 (37,10%)	8 (11,40%)	6 (8,60%)	40 (57,10%)	0,04
II	5 (7,10%)	2 (2,90%)	1 (1,40%)	8 (11,40%)	0,6
III	5 (7,10%)	0 (0,00%)	2 (2,90%)	7 (10,00%)	0,4
IV	5 (7,10%)	5 (7,10%)	5 (7,10%)	15 (21,40%)	0,99
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100%)	

p=0,26

Nous avons trouvé un lien entre le stade OMS I et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XX: Relation entre le niveau d'intégration familiale et le type de troubles psychiatriques

Niveau d'intégration familiale	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Bon	20 (28,60%)	3 (4,30%)	4 (5,70%)	27 (38,60%)	0,0175
Passable	20 (28,60%)	11 (15,70%)	10 (14,30%)	41 (58,60%)	0,099
Mauvais	1 (1,40%)	1 (1,40%)	0 (0,00%)	2 (2,90%)	0,7
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,19

Nous avons trouvé un lien entre le bon niveau d'intégration familiale et le type de troubles psychiatriques avec p =0,0175

Tableau XXI: Relation entre l'annonce du statut sérologique et le type de troubles psychiatriques

Annonce du statut à la famille par	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Faite par le patient	19 (27,10%)	8 (11,40%)	5 (7,10%)	32 (45,70%)	0,2
Faite par le médecin	13 (18,60%)	6 (8,60%)	6 (8,60%)	25 (35,70%)	0,94
Non faite	9 (12,90%)	1 (1,40%)	3 (4,30%)	13 (18,60%)	0,29
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70(100,00%)	

p=0,67

Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'annonce du statut sérologique et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XXII: Relation entre l'attitude des proches et de type de troubles psychiatriques

Attitude des proches après l'annonce du travail du statut	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Indifférente	29 (41,40%)	11 (15,70%)	10 (14,30%)	50 (71,40%)	0,2
Distante	0 (0,00%)	1 (1,40%)	0 (0,00%)	1 (1,40%)	0,49
Désolation	2 (2,90%)	3 (4,30%)	1 (1,40%)	6 (8,60%)	0,25
Famille non informée	10 (14,30%)	0 (0,00%)	3 (4,30%)	13 (18,60%)	
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,67

Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'attitude des proches après connaissance du statut sérologique et le type de troubles psychiatriques.

3.3.2 Aspects paracliniques :

Tableau XXIII: Relation entre le type de VIH et le type de troubles psychiatriques

Type de VIH	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
VIH1	40 (57,10%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	69 (98,60%)	0,0175
VIH2	1 (1,40%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,40%)	0,49
Total	41 (58,60%)	15 (15,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=1

Nous avons retrouvé un lien entre le VIH type I et le type de troubles psychiatriques.

Tableau XXIV: Relation entre le taux de CD4 et le type de troubles psychiatriques

Taux de CD4 en cellules/mm ³	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
0- 199	10 (14,30%)	8 (11,40%)	7 (10,00%)	25 (35,70%)	0,94
200- 399	7 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (1,40%)	8 (11,40%)	0,15
400- 599	11 (15,70%)	4 (5,70%)	3 (4,30%)	18 (25,70%)	0,40
600- 799	11 (15,70%)	1 (1,40%)	3 (4,30%)	15 (21,40%)	0,20
800 et plus	2 (2,90%)	2 (2,90%)	0 (0,00%)	4 (5,70%)	0,60
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p=0,10

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le taux de CD4 et le type de troubles psychiatriques.

3.3.3 Aspects thérapeutiques :

Tableau XXV: Relation entre l'observance aux ARV et le type de troubles psychiatriques

Observance aux ARV	Type de troubles psychiatriques			Total n(%)	P valeur
	Anxiété n(%)	Anxiété et dépression n(%)	Dépression n(%)		
Bonne	28 (40,00%)	7 (10,00%)	7 (10,00%)	42 (60,00%)	0,0175
Mauvaise	13 (18,60%)	8 (11,40%)	7 (10,00%)	28 (40,00%)	0,75
Total	41 (58,60%)	15 (21,40%)	14 (20,00%)	70 (100,00%)	

p =0,23

Nous avons trouvé un lien significatif entre l'observance aux ARV et le type de troubles psychiatriques.

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1 Les limites de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique s'étendant de mai 2020 à mars 2021. Elle s'est déroulée dans le service de médecine interne du CHU du Point G et elle a permis d'échanger avec les patients concernant leurs vécus sur les plans familial, professionnel et personnel depuis l'annonce de leurs statuts sérologiques.

Au terme de notre étude, nous avons recensé quelques difficultés parmi lesquelles :

- Le contexte de l'épidémie à la Covid-19 ayant entraîné la diminution de la fréquentation des hôpitaux par certains malades
- Les grèves dans les structures publiques de l'état
- Le non-respect des rendez-vous par les PVVIH
- La longueur du questionnaire HADS par certains patients.

4.2 Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons recensé pour la période d'étude 190 PVVIH parmi lesquels 70 ont présent des troubles à type de dépression et d'anxiété soit une fréquence de 36,84%.

Ce résultat serait proche de celui de **Coulibaly** [24] au Mali, **Horo** en Côte d'Ivoire[103] et **Maiga** au Mali [105] avaient retrouvé respectivement une fréquence de 42% ; 33,06% et 32,10%.

Par contre notre résultat serait en dessous de celle de et de **Moto** [5] qui avait trouvé 55,12% ; ceci s'expliquerait par la fait que notre étude était restreinte au service de médecine interne du CHU Point G.

4.3 Résultats descriptifs

4.3.1 Sexe

Notre échantillonnage constituait 61 femmes (87,10%) et 09 hommes (12,90%) avec un sex/ratio de 0,15.

Selon l'**EDSM-V** [4], les femmes séropositives au VIH ont une prévalence de 1,3% élevée par rapport à celle des hommes. Ceci s'expliquerait par le fait que la population serait en majorité constituée de femmes.

4.3.2 Âge

Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 35-44ans et 45- 54ans avec 34,30% avec une moyenne d'âge à 43 ans \pm 7ans.

Ce résultat serait similaire à celui de **Horo** [104] dont la moyenne d'âge était à 41 \pm 8ans.

La population malienne en général est constituée plus de jeunes que de personnes âgées.

4.3.3 Profession

Les femmes au foyer étaient majoritairement représentées à 62,90%.

Ce résultat serait supérieur de ceux retrouvés par **Coulibaly** [24] , **Zoungrana** [9] et **Moto** [5] qui avaient respectivement obtenu 38%, 36,7% et 27,1%.

Ceci s'expliquerait par le fait que la population féminine malienne serait constituée en majorité de femmes aux foyers.

4.3.4 Statut matrimonial

Les personnes mariées étaient représentées à 48,6%. Ceci est comparable à celui de **Catunda** [106] qui avait 43,1%.

Ce résultat serait inférieur à ceux de **Noubiap** [107] et **Maiga** [105] qui étaient respectivement de 63,3% et 63,5%.

Ceci s'expliquerait par le fait que le partage du statut au conjoint et sa participation à la prise en charge de la maladie pourraient entraîner à la longue une régression des signes voire un bon équilibre psychologique avec une maximisation d'échange avec son entourage.

4.3.5 Niveau d'instruction

Les personnes non scolarisées représentaient 40%.

D'après l'**EDSM-V** [4], en zone urbaine les hommes non scolarisés représentaient 28% et les femmes non scolarisées auraient une fréquence de 42%.

4.4 Résultats analytiques

4.4.1 Anxiété

Le sexe féminin était le plus atteint (71,50%) par l'anxiété comparé aux hommes. Ce résultat était similaire à celui de **Maïga** [105] qui avait trouvé 60,20%. Mais il était inférieur à celui de **Coulibaly** [24] qui avait trouvé 89,90%. Cette différence s'expliquerait par l'utilisation des questionnaires différents au cours de nos études.

La tranche d'âge qui présentait des signes liés à l'anxiété était comprise entre 35-44 ans avec 30,00%, ceci serait dû au fait que notre population d'étude était en majorité constituée de sujets jeunes.

Les personnes mariées présentaient plus de troubles que les célibataires, les divorcés et les veufs (ves) avec 40,00%. Ce résultat était proche de ceux de **Coulibaly** [24] et **Horo** [104] qui avaient trouvé la présence des troubles psychiatriques chez les personnes célibataires avec respectivement 50,00% et 35,10%. Ceci pourrait s'expliquer par la peur de certains malades face à un départ précipité et l'abandon de leurs familles dans un état de tristesse.

Les personnes non scolarisées représentaient 28,60%. Ce résultat était proche de celui de **Horo** [104] qui avait trouvé 34%. En effet la non scolarisation des Hommes pourrait être un facteur de présence des troubles psychiatriques dans la mesure où une bonne éducation sur cette maladie et sa prise en charge pourraient réduire la survenue de certains évènements psychiatriques.

A tous les stades OMS les patients présentaient des états anxieux et particulièrement au stade OMS I avec 48,50%. Ce résultat était différent de celui de **Maïga** [105] et **Horo** [104] pour qui les troubles étaient plus fréquents à partir du stade III de l'OMS. Ceci pourrait s'expliquer par la connotation péjorative que porte encore le mot VIH donc source de stress et de questionnements pour les patients concernant leur devenir.

Les personnes qui avaient une mauvaise intégration au sein de leurs familles présentaient 02,90% de risque d'être anxieux. **Su** [89] en Chine avait trouvé 27,10% de patients qui avaient de mauvais rapports avec leur famille après l'annonce de leur statut. Ceci s'expliquerait par la crainte de certains patients d'être exposés et/ou pointés du doigt par la famille et/ou société comme porteur de la maladie à VIH.

4.4.2 Dépression

Le sexe féminin était affecté par la dépression avec 34,30%. Ce résultat était supérieur à celui de **Akena** [75] qui avait retrouvé 17,62%. Ceci s'expliquerait par l'évolution croissante de la population.

Les ménagères étaient plus appelées à faire la dépression avec 31,40%. Ce résultat était différent de celui de **Horo** [104] qui avait trouvé 14,50% des personnes sans emploi ayant présenté des troubles psychiatriques.

Les personnes mariées représentaient 18,60% dans notre étude ce qui était inférieur à **Su** [89] qui avait trouvé 50%.

Les personnes n'ayant pas annoncé leur statut sérologique à leurs proches étaient de 05,70%. **Horo** [104] avait trouvé une fréquence de 8,7% pour les personnes n'ayant pas informé leurs conjoints. Certains patients au cours de notre étude ressentait la peur d'être rejetés si leur état de santé se faisait savoir.

Nous avons trouvé 15 patients qui présentaient à la fois un syndrome dépressif et anxieux avec une fréquence de 21,40% ; ce résultat était en dessous **Zoungrana** [9] qui avait trouvé 39,30% au cours de son enquête. Ceci s'expliquerait par le fait que certains patients auraient appris à accepter leur statut et à vivre avec cette maladie qui possède un traitement certes à vie mais gratuit et efficace sur leur état général.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Cette étude qui s'était déroulée du 1^{er} mai 2020 au 31 mars 2021 soit une période de 11mois au sein du service de médecine interne du CHU du Point G à Bamako, avait retrouvé une fréquence élevée des troubles psychiatriques chez les PVVIH sur la période de l'étude. L'anxiété était le trouble le plus rencontré. Le profil sociodémographique des participants était dominé par le sexe féminin (sexratio 0,015), les mariés, les ménagères, les non scolarisés. Les sujets de la tranche 35-44 ans et 45 -54 ans étaient les plus retrouvés. Les variables telles que le sexe, l'intégration familiale, le taux de CD4 en cellules/mm³, le stade OMS, l'observance du traitement étaient des facteurs d'exposition à l'apparition de troubles psychiatriques.

Recommandations

A l'endroit des autorités administratives :

- Multiplier les campagnes de sensibilisation à travers les médias et les réseaux sociaux sur la connaissance de la maladie à VIH
- Créer des séances de formation du personnel médical sur la santé mentale
- Décentraliser la PEC de la santé mentale dans les CSRef

Aux structures hospitalières :

- Organiser de façon fréquente des séances de partage du vécu des PVVIH avec leur entourage
- Créer des cellules de soutien psychologique dans chaque centre de prise en charge du VIH

Aux personnels soignants :

- Faire un bon conseil au cours du suivi des PVVIH

Aux familles des PVVIH

- Prendre part de façon active à la prise en charge de leur proche
- Participer à l'observance du traitement antirétroviral
- Encourager les PVVIH

Aux personnes vivant avec le VIH :

- S'ouvrir à leur entourage
- Respecter les rendez-vous
- Être adhérent à l'observance thérapeutique

REFERENCES

- 1- **Epaulard O, LeBerre B, Tattevin P.** Maladies tropicales et infectieuses. 5ed Paris: Alinea ;2018 :199-214
- 2- **Morlat P, Blanc A, Bonnet F, Vezinet BF, Costagliola D, Dabis F et al.** Prise en charge des comorbidités au cours de l'infection par le VIH. Paris: Conseil national du sida et des hépatites virales;2019 :33-9
- 3- **Shpak N, Maze LI, Boldi I, Coriton A, Chapplain M, Kersauze A.** Troubles psychiatriques et infection à VIH contexte de contamination et soins aux patients. Congrès psy d'europe 2012;27: 245
- 4- **Samake S, Maiga A, Diop M, Keita S, Traore S, Diallo S et al.** Rapport de l'enquête démographique et de santé du Mali. 5ed Bamako: ICF international ;2013 :209-262
- 5- **Minta DK, Dembele M, Coulibaly B, Traore AM, Soucko KA, Sidibe AT, et al.** Manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans les services de médecine interne et maladies infectieuses au CHU Point G Bamako Mali. Rev comes santé 2013;1(2) : 84-89
- 6- **Beldhia S .** Les effets d'annonce dans l'infection à VIH et leur destin. Rev Psy 2018 ;176 :471- 76
- 7- **Emlet C.** Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS. AIDS patient care 2007 ;21(10) :740- 52
- 8- **Brown J.** Cognitive-behavioral stress management interventions for persons living with HIV review and critique of the literature. Annals of behavioral medicine 2008;35(1):26- 40

- 9- **Zoungrana J, Dembele JP, Sako FB, Siranyan S, Traore J, Sawadogo A et al.** Dépression et VIH, aspects épidémiologiques et cliniques au centre hospitalier universitaire du Point G de Bamako. *Médecine et santé tropicales* 2017;27:186-89
- 10- **Ovuga E, Boardman J, Wasserman D.** Integrating mental health into primary health care local initiatives from Uganda. *World psychiatry* 2007;6(1): 60- 61.
- 11- **Taverne B, Desclaux A, Sow S, Delaporte E, Ndoye I.** Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif du traitement ARV chez les patients VIH 1 pris en charge depuis 10ans dans le cadre de l'ISA ARV- cohorte ANRS. *Rapport final*. 2012 :440
- 12- **Beidi MC.** Evaluation de la qualité de vie chez les personnes vivant avec le VIH suivies au centre de traitement agréé de l'hôpital Jamot de Yaoundé. *These, Med, FMSB de Yaoundé* 1, 2015
- 13- **Mellins CA, Elkington SK, Leu CS, Santamaria KE, Dolezal C, Wiznia A et al.** Prevalence and change in psychiatric disorders among perinatally HIV-infected and HIV-exposed youth. *AIDS care* 2010;24(8):953-62
- 14- **Uys H.** Prevalence and clinical presentation of HIV positive female psychiatric inpatients. *Afr J psychiatric* 2013;16:23- 28
- 15- **Coulibaly SP, Traore J, Mounkoro PP, Dra AE, Traore K, Maiga F et al.** Prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes séropositives au VIH au centre hospitalier et universitaire du point G. *Journal de médecine et science* 2019;20(04):4
- 16- **Kamau JW, Wangari K, Muthoni M, Lukoye A, Kangethe R.** Psychiatric morbidity among HIV-infected children and adolescents in a resource poor Kenyan urban community. *AIDS care* 2012;24(7):836- 42

- 17- **Nebhinari N,Mattoo SK,Wanchu A.** Psychiatric morbidity in HIV-positive subjects : a study from India.Journal de recherche psychosomatique 2011;70(5):449- 54
- 18- **Fabian L.** Répercussions psychiatriques de l'infection à VIH.Santé mentale du Québec 1992;17(01): 235-48
- 19- **Parhani I,Fong TW,Siani A,Carlotti C,Khanlou H.** Documentation of psychiatric disorders related factors in large sample population of HIV-positive patients in California. AIDS Behav 2013;17(8):2792- 801
- 20- **Vlassova N,Angelino A,Treisman G.** Update on mental health issues in patients with HIV infection. Current infectious disease reports 2009;11:163-69
- 21- **Giorgio E,Maccaferi A,Berney ,Cavassini.** Toubles de l'humeur, épidémiologie, clinique et prise en charge. Rev Suisse 2012;8:362-67
- 22- **Kouamé A.** Approche psycho qualitative du VIH/Sida en contexte africain,cas du vécu de l'infection chez les patients du service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan. Rev recherches qualitatives en contexte africain 2012;31(1):130-51
- 23- **Sanchez C.**Dépression et VIH/Sida.Rev Suisse 2003;1:226-94
- 24- **Coulibaly SP.** Aspect épidémio-clinique des troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH au CHU du point G. These, Med, USTTB/FMOS Bamako.2012,12M332 : 90.
- 25- **Chibanda D,Mesu P,Kajawu L,Cowan F,Araya R,Abas M.** Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV.BMC public health 2011;11:828- 38

- 26- **Lakkis E,Brian S,Tina D,Stéphanie B.** Association between latent toxoplasmosis and psychiatric disorders in HIV-infected subjects.JAIDS 2015;68(1): 8- 9
- 27- **Lelo MG,Kyambe KT.** Etats schizophréniques démentiels et complexe démentiel du sida.Association panafricaine de neurosciences 1995;14(1)
- 28- **Montel S, Paquet C.** Troubles cognitifs et infection au VIH. Neuropsychologie et santé 2014;14:359-71
- 29- **Mechai F,Goujard C.** Infection à VIH.Rev Prat 2007;57(9):1019-26
- 30- Virus de l'immunodéficience. Consulté le 31 décembre 2020 : URL : [https://fr. Wikipédia.org/w/ index : php ?title = virus_de_l%27immunod%C3%A9ficience_humaine&oldid=178080](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=virus_de_l%27immunod%C3%A9ficience_humaine&oldid=178080)
- 31- **Katlama C.** VIH :complications et comorbidités.Paris :John Libbey Eurotext ; 2009 :178
- 32- **Garrat V,Molina JM.** Infection par VIH.Rev Prat 2000;50:1003-10
- 33- **Onyebuchi O,Brown A.** HIV and depression in Eastern Nigeria : the role of HIV-related stigma.AIDS care : psychosocial and socio-medical aspects of AIDS/HIV 2013;26(5):653-57
- 34- **ONU_SIDA.**Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA,2019 :2
- 35- **Makinson A,Tuailon E,Le Moing V.** Infection à VIH. Rev Prat 2018;68:121-30
- 36- **Epaulard O,LeBerre R.** Maladies infectieuses et tropicales.4ed Paris :Alinéa ;2016.p.324.
- 37- **Epaulard O.** Maladies infectieuses et tropicales.3ed Paris :Alinéa ;2014.p.600

- 38- **Epaulard O,Chirouze C,LeBerre R.** Maladies tropicales et infectieuses.6ed Paris :Alinéa ;2020.p.320
- 39- **Frangé P,Blanche S.** VIH et transmission mère-enfant. La presse médicale 2014;43:691-97
- 40- Signes cliniques de l'infection à VIH. Consulté le 31 décembre 2020 : URL : https://fr.Wikipédia.org/w/index.php?title=signes_cliniques_de_l%27infection_à_VIH&oldid=176673184
- 41- **Morlat P,Blanc A,Bonnet F,Brun VF,Costagliola D,Dabis F,Delobel P et al.** Cancers au cours de l'infection par le VIH. Paris :Conseil national du sida et des hépatites virales ;2017 :8-18
- 42- **Morlat P,Blanc A,Brun VF,Costagliola D,Dabis F,Delobel P et al.** Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins. Paris : Conseil national du sida et des hépatites virales ; 2018 : 19-20
- 43- **Meynard J,Torres E,Girard P,Ghosn J,Sosner P.** Evolution des caractéristiques physiques et psychiques des patients VIH inclus dans un programme d'activité physique varié à haute intensité. Médecine et maladies infectieuses 2017;47:158
- 44- **Lescure FX,Moulinier.** Troubles cognitifs associés à l'infection VIH. Journal des anti-infectieux 2014;16:64- 73
- 45- **Khelil A, Mouffok N.** Manifestations cutanées et infection à VIH/Sida. Annales de dermatologie et de vénérologie 2018;145(4) :63-64
- 46- **Bahadoran P,Picard A,Mantoux F,Castela E.** Dermatologie-vénérologie.Paris,Vernazobres-Gregg 2016 :176-78
- 47- **Alyoune M, Biadillah M.** Atteintes digestives du syndrome d'immunodéficience acquise. Médecine du Maghreb 1991 ;25:1-9

- 48- **Zeitoun J, Chrystostalis A, Lefevre J.** Hépatologie gastrologie entérologie chirurgie viscérale. Paris,2017 : 93
- 49- **Benbella L.** Les infections respiratoires au cours de l'infection par le VIH. Thèse, Med, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat 2019;M2952019:147p
- 50- **Montani D, Tcherakian C.** Pneumologie. Elsevier Masson, Paris,2006 :31-44
- 51- **Creange A, Defebvre L, Zuber M.** Collège des enseignants de neurologie. Elsevier Masson, Paris, 2017 : 320-39
- 52- **Ba B, Konate I, Goita D, Mbento G.A, Coulibaly A, Keita K et al.** Affections bucco-dentaires associées à l'infection à VIH dans le service de maladies infectieuses du CHU du Point G Bamako.Med buccale chir buccale 2017 ;23 :5-11
- 53- **Ayache D, Bonfils L.** Collection Med-line. Copyrighted matériel, Paris,2001 : 59-69
- 54- **Fall S, Djiba B, Diagne N, Ndiaye M, Dieng F, Kyelem EMC et al.** Profil des manifestations hématologiques de l'infection à VIH chez l'adulte: Etude monocentrique de 262 observations sénégalaises. Rev Afr de médecine interne 2017 ;4 :1-2
- 55- **Paillassa J, Herbaux C.** Hématologie onco-hématologie. Vernazobres-Grego,Paris,2017 : 343-68
- 56- **Kaba ML, Conde A, Soumah M, Cisse M, Traore M et al.** Prévalence des insuffisances rénales aigue et chronique chez les patients infectés par le VIH à Conakry. Néphrol Ther 2016;12(5):408-409
- 57- **Joly D.** Néphrologie. Vernazobres-Grego,Paris,2009 :199-218
- 58- **Lelouche N, Attias D.** Cardiologie vasculaire. Vernazobres-Grego, Paris,2018 :289-300

- 59- **Cellule de Coordination Du Comité Sectoriel De Lutte contre le Sida, Ministère De La Santé Et De L'Hygiène Publique.** Normes et protocoles de prise en charge antiretrovirale du VIH et du SIDA au Mali. Bamako : CF-MAC;2016 : 100-28
- 60- **Cellule de Coordination Du Comité Sectoriel De Lutte contre le Sida, Ministère De La Santé Et De L'Hygiène Publique.** Normes et protocoles de prise en charge antiretrovirale du VIH et du SIDA au Mali. Bamako : CF-MAC ;2019 : 32-41
- 61- **Dorel L.** Etude des inhibiteurs d'entrée de CXCR4, co-récepteur d'entrée du virus de l'immunodéficience humaine. Mem, Biochimie, Université de Montréal, 2008 :123
- 62- **Saheb B.** Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse du VIH et la mitochondrie. Rev campus 2003;8:11-13
- 63- **Cua E, Fuzibet G.** Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. THS La Rev :4-6
- 64- **Lacarelle B.** Interactions médicamenteuses impliquent les principaux inhibiteurs de la protéase du VIH. La lettre du pharmacologue 2007;21(3):64-67
- 65- **Bouvier G.** Etude d'inhibiteurs de l'intégrase du VIH1 par RMN et modélisation moléculaire : Développement et validation d'un outil de criblage virtuel. Bio-informatique. Thes, Med, Université de Pierre et Marie-Curie, 2010, 01097499: 261
- 66- **Ghosn J.** Dolutégravir, un nouvel inhibiteur de l'intégrase dans l'arsenal thérapeutique anti-VIH. Journal des anti infectieux 2015;17:111-14
- 67- **El Fane et al.** La santé mentale des patients vivant avec le VIH dans le service des maladies infectieuses de Casablanca Maroc. Rev Psych 2019,177:50-54

- 68- **Soumahoro M et al.** Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans le centre de suivi à Abidjan:enquête transversale. Rev bio-Africa 2018,(19):26–33
- 69- **Ouedrago A, Siranyan.** Morbidité pycgiatriques chez les enfants et adolescents:étude rétrospective sur 05ans des données hospitalières du service de psychiatrie du CHN-YO.Ouagadougou. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 1998;46(3):135-40.
- 70- **Ursolu F, Moleriu L, Lungeanu D, Puschita M.** The association between HIV clinical disease severity and psychiatric disorders as seen in Western Roumania. AIDS care 2018;30(11):1368-71
- 71- **Birmal C, Lakshmanan J, Pandian A, Asirvatham E, Thenmozhi M, Visalaksi J.** Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India a community based cross sectional study. BMC public health 2012;12(1):463-74
- 72- **Magagula TG, Mamabolo MM, Kruger C, Fletcher L.** A survey oh HIV-related knowledge among adult psychiatric patients, a South African study part 2. African journal of psychiatry 2012;15:335-39.
- 73- **Diarra A et al.** Le vécu des personnes vivant avec le VIH à Niamey.5^e éd Niamey :solthis; 2008 :50.
- 74- **Coutherut J, Desclaux A.** Le partage du statut sérologique avec l'entourage : **Taverne B et al.** Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif du traitement ARV chez les patients VIH1 pris en charge depuis 10ans dans le cadre de l'ISA ARV cohorte ANRS 1215. 2012 : 199-209
- 75- **Akena D, Musisi S, Stein DJ.** The association between AIDS related stigma and major depressive disorder among HIV-positive individuals in Uganda. Plos one 2012;7(11):48671-76

- 76- **Shadloo B, Esmaeili M, Motevalian A, Mohraz M, Sedaghat A, Gouya M, Movaghar A.** Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in Iran : prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *Journal of psychosomatic research* 2018;110:24-31
- 77- **Mamabolo MM, Magagula TG, Kruger C, Fletcher L.** A survey of risk behaviour for contracting HIV among adult psychiatric patients, a South African study part 1. *African journal of psychiatry* 2012;15:329-34
- 78- **Dibie F, Chavane V.** Confusion, dépression, démence chez le sujet âgé. *Rev Prat* 2008;58:1021-27
- 79- **Palazzolo J.** La dépression du post partum. *Cerveau et psycho*, 2015,(19):1-5
- 80- **Palazzolo J.** Aidez vos proches à surmonter la dépression. *Mon petit éditeur*;2012 : 90-100
- 81- **Palazzolo J.** Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris :Elsevier-Masson, Paris ;2007 : 41-51
- 82- **Gaynes B, Pence B, Atashili J, O'Donnell, Dmitry K, Ndumbe P.** Prevalence and predictors of major depression in HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Bamenda, a semi-urban center in Cameroon. *Plos one* 2012;7(1):41699-706
- 83- **Power C, Selnes OA, Grim JA, McArthur JC.** HIV dementia scale : a rapid screening test. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology* 1995;8:273-78
- 84- **Kuo C, Operario D.** Depression among cares of AIDS-orphaned and other-orphaned children in Umlazi township, South Africa. *Global public health* 2012;7(3):253-69

- 85- **Pence B, Gaynes B, Atashili J et al.** Validity of an interviewer administered Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in HIV-infected patients in Cameroon. *J Affect disord* 2012;143:208-13
- 86- **Palazzolo J.** De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le journal des psychologues* 2019 (369):72-77
- 87- **Juinqueira P, Bellucci S, Rossini S, Reimao R.** Women living with HIV/AIDS : sleep impairment, anxiety and depression symptoms. *Arcq neuropsychiatr* 2008;66(4):817-20
- 88- **Marleau JD.** Evaluation de la pertinence des deux questions relatives aux diagnostics reçus de trouble de l'humeur et de l'anxiété au sein de la population québécoise. *Rev d'épidémiologie et de santé publique* 2020;68:227-33
- 89- **Su X, Lau J, Mak M et al.** Development of the perceived stress scale for people living with HIV/AIDS in China. *AIDS patient care* 2008;22(12):989-98
- 90- **Nakimuli EM, Kiwuwa SM.** Primary mania versus HIV-related secondary mania in Uganda. *Am J psychiatric* 2006;163(8):1349-54
- 91- **Robinson R.** Primary mania versus secondary mania of HIV/AIDS in Uganda. *Am J psychiatric* 2006;163(8):1309-11
- 92- **Stewart A, Oklota T, Hadley W, Brown L, Donenberg G.** Mania symptoms and HIV-risk behavior among adolescents in mental health treatment. *Journal of clinical child & adolescent psychology* 2012;41(6):803-10
- 93- **Tirole L.** Infection à VIH et trouble bipolaire : quels enjeux cliniques et thérapeutiques. These Med, université de Bordeaux/ UFR des sciences médicales, 2018, 3174.p.86

- 94- **Schroecksnadel S, Kurz K, Weiss G, Fuchs D.** Immune activation and neuropsychiatric symptoms in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Dove press neurobehavior HIV medicine* 2012;4:1-13
- 95- **Stankoff B.** Troubles cognitifs et infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *La lettre du neurologue* 2000;4:160-63
- 96- **Wells R, Nielsen B et al.** Classification internationale des maladies. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2006
- 97- **Camicioli R.** Distinguer les différents types de démence. *Rev canadienne* 2015:04-11
- 98- **Thiam HM, Karfo K, Sylla O, Gueye M.** Confusion mentale et tuberculose ganglionnaire à propos d'un cas. *Médecine d'Afrique noire* 2000;47:440-43
- 99- **Bary M, David F, Gasnault J, Kerneis H et al.** Troubles neuropsychiatriques chez les patients infectés par le VIH et rôle de l'efavirenz. *Rev Gen* 2004;34:435-49
- 100- **Poupard M, Gueye N, Thiam D, Ndiaye B, Girard PM, Delaporte E, Sow PS, Landman R.** Quality of life and depression among HIV-infected patients receiving efavirenz- or protease inhibitor-based therapy in Senegal. *HIV medicine* 2007;8:92-95
- 101- **Djibo A, Laxan A.** Troubles du comportement après prise d'isoniazide. *Bull soc pathol exot* 2001;94(2):112-14
- 102- **Korthuis P, Zephyrin L et al.** Health related quality life in HIV infected patients : the role of substance use. *AIDS patient care* 2008;22(11):859-67
- 103- **Arcq A, Marot JC, Reychler G.** Effets du massage sur l'anxiété, la dépression et l'hyperventilation dans un échantillon de patients séropositifs au VIH. *Rev Kinésithérapie* 2016;16:9

- 104- **Horo K, Tenema JM, Koffi M, Menewa S, Konate F et al.** Anxiété et dépression au cours du traitement antirétroviral à Abidjan. Rev l'information psychiatrique 2014,90:373-79
- 105- **Maiga A.** Aspects épidémio-cliniques des troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Point G. Thèse, Med, USTTB/FMOS Bamako, 2020;20M218 :102 p
- 106- **Catunda CR.** Aspects psychosociaux de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH : une étude transculturelle entre la France et le Brésil. Thèse Med, Université de Lorraine/ Ecole doctorale Stanislas 2016; 01752345 :332
- 107- **Minya R, Noubiap JJ, Fang Y, Ntone F, Kuaban C.** Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV positive patients : a cross sectional study among newly diagnosed patients in Yaounde Cameroon. BMC psychiatric 2013;13:228-35

FICHE D'ENQUETE

Numéro ID

- I. Données sociodémographiques
- a- Age /-----/ ans
- b- Sexe /-----/ 1-Masculin 2- Féminin
- c- Profession/-----/ 1-Fonctionnaire 2-Cultivateur 3-Retraité(e)
4- Commerçant 5- Artisan 6- Ménagère 7-Autres (à préciser)
- d- Statut matrimonial /-----/ 1-Célibataire 2-Marié(e) 3-Divorcé(e)
4- Veuf(ve)
- e- Niveau d'instruction /-----/ 1-Non scolarisé 2-Primaire 3-Seconaire
4-Supérieure 5-Ecole coranique
- f- Rang dans la fratrie /-----/ 1-1^{er} enfant 2-2^{ème} enfant 3-3^{ème} enfant
4-4^{ème} enfant 5-5^{ème} enfant 6-Benjamin 7-Autres (à préciser)
- g- Résidence /-----/ 1-Com1 2- Com2 3-Com3 4-Com4 5-Com5
6-Com6 7- Autres (à préciser)
- h- Nationalité /-----/ 1-Malienne 2-Autres nationalités (à préciser) 3-
Non précisée

II. Antécédents

a. Médical

-Diabète /----/ 1-Oui 2-Non

- Hypertension artérielle/----/ 1-Oui 2-Non

-Autres /----/ 1-Oui 2-Non (si oui à préciser)

b. Chirurgical /-----/ 1-Oui 2-Non (si oui à préciser)

c. Gynéco-obstétrical /-----/

d. Familial /-----/ 1-Oui 2-Non (si oui à préciser)

III. Mode de vie

- Tabagisme/-----/ 1- Oui 2-Non
- Alcool /-----/ 1- Oui 2-Non
- Drogue /-----/ 1- Oui 2-Non
- Contraception /-----/ 1- Oui 2- Non

IV. Mode de découverte du VIH /-----/ 1- Examen banal 2- Don de sang
3- Dépistage 4- Autres moyens (à préciser)

V. Motif d'admission /-----/ 1- Consultation externe 2- venu (e) en
consultation avec altération de la conscience 3- Transfert d'un service au nôtre
4- Evacuation d'une structure pour la nôtre

VI. Comorbidités /-----/

VII. Examen clinique

a. Signes généraux

-Etat général/----/ 1-Bon 2-Altéré

-Constantes : Poids/----/(kg) Taille/----/ (en cm) IMC/----/ (en Kg/m²)
PA/----/ (en mm Hg) T[°]/----/ (en Celsius)

-Muqueuses colorées /-----/ 1-Oui 2-Non

-Déshydratation /-----/ 1-Légère 2-Modéré 3- Sévère 4- Absente

-Ictère /-----/ 1- Oui 2-Non

-Amaigrissement /-----/ 1- Oui 2-Non

-Indice de Karnofsky /-----/ (en %)

b. Examen psychiatrique

-Humeur:/-----/ 1-Normale 2-Inhibition 3-Catatonie 4-Instabilité
5-Agitation 6-Autres (à préciser)

-Cours de la pensée : /-----/ 1- Normal 2-Tachypsychie 3-Bradypsychie
4-Barrage 5-Autres (à préciser)

-Contenu de la pensée : /-----/ 1-Onirisme 2-Obsessions 3-Phobies
4- Autres (à préciser)

-Langage : /-----/ 1-Normal 2-Logorrhée 3- Mutisme 4-Soliloquie
5- Echolalie 6- Néologisme 7-Autres (à préciser)

-Contenu du langage:/-----/ 1-Cohérent 2-Riche 3-Incohérent
4-Autres (à préciser)

-Mémoire : /----/ 1-Conservée 2-Amnésie antérograde 3- Amnésie rétrograde

-Attention : /-----/ 1-Adaptée 2-Distraite 3-Focalisée 4-Autres (à préciser)

-Jugement : /----/ 1-Adéquat 2-Non adéquat

-Raisonnement : /-----/ 1-Adéquat 2-Non adéquat

-Niveau d'intégration familiale : /----/ 1-Bon 2-Passable 3-Mauvais

VIII. Niveau social

a- L'annonce du statut à la famille a été faite par:/-----/ 1-Le patient
2-Le médecin 3-Autres personnes (à préciser)

b- Attitude des proches après la connaissance de votre statut:/-----/ 1-
Indifférente 2-Distante 3-Désolation 4-Autres (à préciser)

c- Votre famille vous encourage-t-elle à suivre votre traitement ARV ? :
/-----/ 1-Oui 2-Non 3-Autres personnes (à préciser)

IX. Examens complémentaires

-Type du VIH /-----/ 1-VIH1 2-VIH2 3-VIH1+VIH2

-Taux de CD4 : /-----/ cellules/mm³

-Charge virale : /-----/

X. Stade OMS : /-----/ 1-I 2-II 3-III 4-IV

XI. Protocole de prise en charge : /-----/1- schéma de 1^{ère} ligne 2-
schéma de 2^{ème} ligne

XII. Observant au traitement : 1- Oui 2- Non

XIII. Inobservant au traitement : 1- Oui (préciser le motif) 2- Non

XIV. Evolution : /-----/ 1- Sortie 2- Décès 3- Transférer dans une
autre structure

XV. Hospital anxiety and depression scale « HADS »

1-Anxiété

a- Je me sens tendu(e) ou énervé (e)/-----/ 0-Jamais 1-de temps en temps
2-Souvent 3-La plupart du temps

b- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait
m'arriver/-----/ 0-Pas du tout 1-Un peu mais cela ne m'inquiète pas 2-Oui mais ce
n'est pas grave 3-Oui très nettement

c- Je me fais du souci/-----/ 0-Très occasionnellement 1-Occasionnelleme
2-Assez souvent 3-Très souvent

d- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir
décontracté(e)/-----/ 0-Jamais 1-Rarement 2-Oui en général 3-Oui quoi qu'il
arrive

e- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué/-----/ 0-Jamais 1-Parfois 2-Assez souvent 3-Très souvent

f- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place/-----/ 0-Pas du tout 1-Pas tellement 2-Un peu 3-Oui c'est tout à fait le cas

g- J'éprouve les sensations soudaines de panique/-----/ 0-Jamais 1-Pas très souvent 2-Assez souvent 3-Vraiment très souvent

2- Dépression

a- Je prends plaisir aux mêmes choses d'autrefois/-----/ 0-Tout autant 1-Pas autant 2-Un peu seulement 3-Presque plus

b- Je ris facilement et vois le bon côté des choses/-----/ 0-Autant que par le passé 1-Plus autant qu'avant 2-Vraiment moins qu'avant 3-Plus du tout

c- Je suis de bonne humeur/-----/ 0-La plus part du temps 1-Assez souvent 2-Rarement 3-Jamais

d- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti/-----/ 0-Jamais 1-Parfois 2-Très souvent 3-Presque toujours

e- Je ne m'intéresse plus à mon apparence/-----/ 0-J'y prête autant d'attention que par le passé 1-Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 2-Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 3-Plus du tout

f- Je me réjouis à l'idée d'avance de faire certaines choses/-----/ 0-Autant qu'aparavant 1-Un peu moins qu'avant 2-Bien moins qu'avant 3-Presque jamais

g- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision/-----/ 0-Souvent 1-Parfois 2-Rarement 3-Très rarement

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SENDJONG TAGNE

Cynthia Audrey

Prénom :

e-mail : sendjongcynthia@gmail.com

Titre : Troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans le
médecine interne du CHU Point G

Année : 2020- 2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : CAMEROUN

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

Secteur d'intérêt : Médecine interne, psychiatrie, infectiologie, santé mentale

Résumé : L'immunodépression au VIH demeure un grave problème de santé
dans le monde. Malgré l'avènement des ARV, les complications
neuropsychiatriques sont fréquentes au cours de cette affection.

L'objectif était d'étudier les différents troubles psychiatriques chez les
personnes vivant avec le VIH(PVVIH) dans le service de Médecine Interne.

Cette étude prospective, descriptive à visée analytique portait sur les PVVIH
suivis en ambulatoire et/ou en hospitalisation allant sur 11mois. Durant la
période d'étude, nous avons enregistré 190 PVVIH dont 70(36,84%)
présentaient des troubles psychiatriques soit 61(87,00%) femmes et 9(13,00%)
hommes avec un sexratio de 0,15. La tranche d'âge de 35-44 ans et 45-55 ans
représentaient 34,30% ; les patients mariés représentaient 48,60%. La plupart des
patients était non scolarisé soit 40,00% ; les ménagères représentaient 62,90%.

L'anxiété était le plus diagnostiqué parmi les troubles dans 80,00% parmi les
PVVIH. Dans 57,10% des cas les patients étaient classés stade OMS I, 35,70%
avaient un taux de CD4 < 200 cellules mm³ ; 58,60% des patients avaient un
niveau d'intégration familiale passable ; dans 71,40% l'attitude familiale était
indifférente après connaissance du statut sérologique.

Les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les femmes vivant avec le VIH. L'anxiété était le trouble le plus retrouvé. L'assistance par un psychologue améliore l'état psychiatrique et réduit la survenue de ces troubles.

Mots clés : PVVIH, troubles psychiatriques, anxiété, dépression, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême :

D'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine ;

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires ;

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime ;

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception ;

Même sous la menace, Je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité ;

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres ;

Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!!