



## Article Original

# Affections Mentales et Séropositivité au VIH au Togo

## *Mental disorders and HIV seropositivity in Togo*

Saliou SALIFOU<sup>1</sup>, Awèréou KOTOSO<sup>2</sup>, Daméga WENKOURAMA<sup>3</sup>, Bawoubadi ABALTOU<sup>4</sup>, Sonia KANEKATOUA<sup>5</sup>, Désiré NANEMA<sup>6</sup>, Charfoundine AFFO<sup>7</sup>, Adzovi Koli AZIABLE<sup>8</sup>, Kolou Simliwa DASSA<sup>5</sup>

### ABSTRACT

**Introduction.** Le VIH réalise une pandémie depuis sa découverte. Certaines maladies mentales augmentent le risque de contracter le VIH. L'objectif de notre étude était de décrire les affections psychiatriques des malades mentaux porteurs du VIH. **Cadre et Méthode.** Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive menée du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 31 mai 2021. Le Mini International Neuropsychiatry Interview complété d'une fiche d'enquête a servi pour la collecte des données. **Résultats.** L'âge moyen de notre échantillon était de 38,17 ± 3,88 ans. Le sexe féminin a prédominé (64,4%). Quatre-vingt-cinq virgule huit pour cent (85,8%) des patients portaient le VIH1. Les hétérosexuels ont représenté 90,2% des patients. Soixante-dix virgule deux pour cent (70,2%) avaient des partenaires multiples et occasionnels ; 68,0% utilisaient rarement le préservatif et 32,0% n'en utilisaient jamais. Le trouble bipolaire actuel (25,0%) et passé (53,8%) a prédominé. **Conclusion.** La prévention de l'infection au VIH passe aussi par la prise en charge efficace des maladies mentales.

### RÉSUMÉ

**Introduction.** HIV has been a pandemic since its discovery, making it a public health problem in all over the world and in sub-Saharan Africa in particular. Some mental illnesses increase the risk of contracting HIV. The aim of this study is to describe the mental disorders of PLHIV psychiatrics' patients. **Methods.** This was a cross-sectional and descriptive study doing from December 1st, 2020 to May 31st, 2021. The Mini International Neuropsychiatry Interview completed with a survey form was used for data collection. **Results.** The average age of our sample was 38.17 ± 3.88 years. The female gender predominated (64.4%). PLHIV1 represented 85.8% of patients. Heterosexuals represented 90.2% of patients and 70.2% had multiple and occasional partners; 68.0% rarely used condoms and 32.0% never used condoms. Bipolar disorder (current 25.0% and past 53.8%) predominated. **Conclusion.** The prevention of HIV infection also requires effective management of mental illness.

<sup>1</sup> Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio-Lomé, Hôpital Psychiatrique de Zébé-Aného, Togo.

<sup>2</sup> Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Service des Maladies Infectieuses, CHU Sylvanus Olympio-Lomé, Togo.

<sup>3</sup> Université de Kara, Faculté des Sciences de la Santé, Service de Psychiatrie, CHU Kara, Togo

<sup>4</sup> Spécialiste des maladies infectieuses, Centre Hospitalier des Armées de Lomé, Togo.

<sup>5</sup> Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Campus, Lomé, Togo.

<sup>6</sup> Service de Psychiatrie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso.

<sup>7</sup> Clinique Médico-Psychiatrique de Lomé, Togo.

<sup>8</sup> Université de Lomé, Ecole des Assistants Médicaux, Master de Santé Mentale, Togo.

#### Auteur correspondant :

Docteur Saliou SALIFOU

05B.P465 Lomé-Agbalépédogan/Togo

Tél : 00228 93195827

E-mail : [salioubab@gmail.com](mailto:salioubab@gmail.com)

**Mots clés :** Affections mentales, Trouble bipolaire, VIH, Séropositivité, Togo.

**Key words:** Mental disorders, Bipolar disorder, HIV, Seropositivity, Togo.

### INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) réalise une pandémie depuis sa découverte, constituant ainsi un problème de santé publique dans le monde et en Afrique subsaharienne en particulier [1]. Le VIH se transmet principalement par voie sexuelle et les comportements sexuels à risque (les rapports sexuels non protégés, le multi-partenariat sexuel, l'usage de drogues avant les rapports sexuels etc...) sont beaucoup incriminés dans cette transmission [1, 2, 3]. Les comportements sexuels à risque sont plus fréquents chez les patients psychiatriques ; dans ce sens, Yéo-Ténéna et al avaient trouvé que 65,7% des patients avaient au moins trois comportements à risque du VIH [3]. Le manque de

discernement face au danger dont font preuve certains patients peut en être la cause. L'OMS quant à elle, avait déjà confirmé en 2008 que certaines maladies mentales augmentent le risque de contracter le VIH [4]. Cet aspect peut donc interpeller la psychopathologie de l'infection au VIH. Dans la littérature, un lien est fait entre le VIH et la maladie mentale par atteinte du moral de la personne vivant avec le VIH (PVVIH) ; ou par le fait que le VIH présente une neurotoxicité cérébrale de type neurodégénérative ; ou encore que les effets secondaires des antirétroviraux (ARV) peuvent inclure des symptômes psychiatriques [5, 6, 7].

Au Togo, une étude a décrit les affections psychiatriques chez les PVVIH dans un Centre Hospitalier Universitaire

[8]. Aucune ne s'est cependant intéressée aux comportements à risque susceptibles d'exposer à l'infection au VIH dans la population spécifique des patients psychiatriques. L'objectif de notre étude était de décrire les affections psychiatriques des malades mentaux porteurs du VIH et soignés dans les structures de prise en charge psychiatriques.

## CADRE ET METHODE D'ETUDE

### Cadre d'étude

Notre travail était une étude multicentrique qui s'est déroulée dans les hôpitaux et centres psychiatriques des régions du Grand Lomé et Maritime. Ces deux régions comportent à elles seules, la plupart des structures de prise en charge psychiatrique (étatiques et confessionnelles) du Togo dont:

- l'Hôpital Psychiatrique de Zébé (HPZ), situé au sud-est du Togo à Aného (préfecture des Lacs) à environ 50 km de la capitale Lomé. C'est le seul hôpital psychiatrique public du Togo avec une capacité d'accueil de 170 lits, organisé en Unité des Urgences Psychiatriques (UUP); Unité des Malades Difficiles (UMD); Unité d'Addictologie (UA); Unité de Psychiatrie Générale (UPG) et Unité de Soins et de Réinsertion (USR).
- la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CUPPM) du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) de Lomé, d'une capacité de 8 lits.
- la Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CPPM) du Centre Hospitalier Universitaire Campus (CHU-C) de Lomé, d'une capacité de 14 lits.
- le Centre de Santé Mentale Saint Jean de Dieu (CSM SJD) d'Agoé-Nyivé à Lomé, d'une capacité de 26 lits.
- le Centre de réhabilitation des malades mentaux (CRMM) de l'association Saint Camille à Zooti situé au sud-est du Togo dans la préfecture de Vo à environ 65 km de la capitale Lomé, d'une capacité d'accueil de 150 lits.
- et le Centre de Santé Mentale Paul Louis Renée (CSM PLR) de Kégué Kélégougan. Les responsables de ce centre ont refusé l'accès à celui-ci pour cette étude.

### Méthode d'étude

#### Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 31 mai 2021.

#### Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des malades mentaux séropositifs au VIH, tout âge et tout sexe confondu, suivis en ambulatoire ou en hospitalisation dans un centre de prise en charge psychiatrique. L'échantillonnage était exhaustif par choix raisonné selon que les dossiers des patients comportaient ou non un test positif de sérologie rétrovirale.

#### Critères d'inclusion

A été inclus dans cette étude :

- tout malade mental suivi en ambulatoire ou en hospitalisation dans un centre de prise en

charge psychiatrique dont le dossier médical comportait un test positif de sérologie rétrovirale.

- tout malade mental dont le consentement libre et éclairé ou de son tuteur a été obtenu.
- tout malade mental qui a répondu à l'entretien organisé à l'aide de l'outil Mini International Neuropsychiatrie Interview (MINI) inspiré du DSM IV dans sa version française, interprétée par l'enquêteur en langue locale au besoin.

#### Critères d'exclusion

A été exclus de cette étude

- tout malade mental séropositif au VIH suivi en ambulatoire dont le dossier médical ne comportait pas de numéro de téléphone.
- tout malade mental séropositif au VIH suivi en ambulatoire dont le numéro de téléphone était inaccessible à plusieurs tentatives d'appel.
- tout malade mental séropositif au VIH décédé.

#### Aspects éthiques

Avant l'entretien individuel organisé, les malades mentaux qui ont répondu à l'invitation, ont été informés sur les objectifs de l'étude, sur le respect de l'anonymat, sur la confidentialité des informations qui seront recueillies. Seuls ceux qui ont donné leur consentement libre et éclairé ou ceux dont les tuteurs ont donné leur consentement libre et éclairé ont passé le questionnaire de l'étude.

#### Outils et collecte des données

Le Mini International Neuropsychiatrie Interview (MINI) inspiré du DSM IV dans sa version française, complété d'une fiche d'enquête préétablie comportant les données sociodémographiques et les informations en rapport au VIH, a servi pour la collecte des données. La collecte des données a été faite en présentiel pour les malades hospitalisés et les malades ambulatoires qui avaient répondu au rendez-vous de l'enquêteur. Pour les malades ambulatoires qui étaient dans l'incapacité de se déplacer, le questionnaire avait été administré à distance par l'entremise des appels téléphoniques.

#### Technique d'analyse des données

Nos données ont été saisies et traitées au moyen du logiciel Epi Info version 6.3.5.4.

## RESULTATS

### Résultats généraux et sociodémographiques

Au cours de la période d'étude, 266 dossiers de malade comportaient un test positif de sérologie rétrovirale. Parmi eux, 225 patients (84,6%) ont répondu à l'entretien. Vingt-deux patients (8,3%) étaient décédés au moment de l'étude. Dix-neuf patients (7,1%) n'avaient pas répondu aux appels téléphoniques au moment de l'étude. La CPPM avait enrôlé 34,7% des patients (Tableau I). Les patients étaient indigents dans 55,6% des cas. Ils provenaient des milieux urbains dans 82,7% des cas. Les PVVIH de notre échantillon ont consulté en psychiatrie pour la première fois au cours de la période de 2010 à 2019 dans 66,7% des cas (Tableau I). Ils étaient togolais dans 96,9% des cas.

Leur moyenne d'âge était 38,17 ans  $\pm$  3,88 ans avec des extrêmes de 18 et 72 ans. La tranche d'âge de 31 à 40 ans a représenté 39,6% des cas (Tableau I). Le sexe féminin a représenté 64,4% des patients avec une sex-ratio de 0,55. Ils avaient le niveau secondaire (collège et lycée) dans 55,1% des cas (Tableau I). Les mariés ont représenté 41,3 % des patients (Tableau I). La polygamie a représenté 71,0% des mariés. Ces patients avaient 1 à 2 enfants dans 48,9% des cas (Tableau I). Les artisans/cultivateurs ont représenté 36,4% des patients et les sans-emplois 29,3% (Tableau I).

**Tableau I : Répartition des patients selon les données sociodémographiques**

	Effectif	%
<b>Centre d'enrôlement</b>		
CPPM	78	34,7
CUPPM	60	26,7
HPZ	50	22,2
CSM SJD	36	16,0
CRMM	1	0,4
<b>1<sup>ère</sup> consultation psychiatrique</b>		
1990 - 1999	6	2,7
2000 - 2009	44	19,5
2010 - 2019	150	66,7
2020 à 2021	25	11,1
<b>Tranche d'âge</b>		
≤ 20 ans	4	1,8
21 – 30 ans	48	21,3
31 – 40 ans	89	39,6
41 – 50 ans	61	27,1
51 – 60 ans	19	8,4
≥61 ans	4	1,8
<b>Niveau d'étude</b>		
Université	7	3,1
Secondaire	124	55,1
Primaire	73	32,5
Non scolarisé	21	9,3
<b>Statut matrimonial</b>		
Marié	93	41,3
Célibataire	91	40,5
Divorcé	31	13,8
Veuf	10	4,4
<b>Nombre d'enfants</b>		
0	44	19,6
1 à 2	110	48,9
3 à 4	48	21,3
5 à 6	19	8,4
7 à 8	4	1,8
<b>Profession</b>		
Artisans/cultivateurs	82	36,4
Sans-emplois	66	29,3
Revendeurs/commerçants	44	19,6
Fonctionnaires	20	8,9
Elèves/étudiants	13	5,8
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

### Résultats en rapport avec le VIH et les pratiques sexuelles

Parmi les 225 patients enquêtés, 85,8% portaient le VIH1 ; 1,8% portaient le VIH2 et 12,4% étaient indéterminés. Les hétérosexuels ont représenté 90,2% de nos patients, les bisexuels 7,1% (11 femmes et 5 hommes) et les homosexuels 2,7% (4 hommes et 2 femmes). Cent soixante-dix-neuf patients (79,6%) pratiquaient

exclusivement le sexe vaginal, 16,9% associaient le sexe vaginal et le sexe anal et 3,5% avaient une préférence pour le sexe anal. Avant la découverte de leur séropositivité, 70,2% avaient des partenaires multiples et occasionnels ; 68,0% utilisaient rarement le préservatif et 32,0% n'utilisaient jamais de préservatif.

### Données cliniques

Les troubles de l'humeur ont représenté en actuel 32,1% et au passé 68,9%. En détail, les troubles rentrant dans le groupe des troubles bipolaires (dysthymie, épisode hypomaniaque, épisode maniaque et trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques) ont représenté en actuel 25,0% et au passé 53,8% ; les troubles dépressifs (Episode dépressif majeur, Episode dépressif avec caractéristiques mélancoliques) ont représenté en actuel 7,1% et au passé 15,1% (Tableau II). Les problèmes d'alcool ont représenté en actuel 18,2% et au passé 40,9%. En détail, l'abus d'alcool a représenté en actuel 9,8% et au passé 25,3% ; l'alcooldépendance a représenté en actuel 8,4% et au passé 15,6% (Tableau II).

**Tableau II : Répartition des patients selon les diagnostics à l'entretien MINI**

	Période	N*	%
Épisode dépressif majeur	Actuel	9	4,0
	Passé	23	10,2
Épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques	Actuel	7	3,1
	Passé	11	4,9
Dysthymie	Actuelle	8	3,6
Risque suicidaire	Actuel	2	0,9
	Léger		
	Actuel	1	0,4
Épisode hypomaniaque	Actuel	17	7,6
	Passé	35	15,6
Épisode maniaque	Actuel	13	5,8
	Passé	63	28,0
Trouble panique sans agoraphobie	Actuel	1	0,4
Phobie sociale	Actuel	3	1,3
	Passée	3	1,3
État de stress post traumatique	Actuel	0	0,0
	Passé	2	0,9
Alcooldépendance	Actuel	19	8,4
	Passé	35	15,6
Abus d'alcool	Actuel	22	9,8
	Passé	57	25,3
Dépendance aux opiacées	Actuel	2	0,9
	Passé	3	1,3
Syndrome psychotique	Actuel	27	12,0
	Vie entière	32	14,2
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques	Actuelle	18	8,0
	Passé	23	10,2
Anxiété généralisée	Actuel	1	0,4
	Passé	4	1,8

\* Association de plusieurs paramètres possible

### DISCUSSION

#### Des résultats généraux et sociodémographiques

Notre échantillon est constitué d'adultes jeunes sexuellement actifs (âge moyen de 38,17 ans  $\pm$  3,88 ans).



Ce résultat est similaire aux données de la littérature. **Soedje et al [8]** à Lomé avaient noté une prédominance des 30 à 39 ans (48,6%). **El Fane et al [6]** au Maroc avaient trouvé un âge moyen de 39,28 ans. Nos patients étaient majoritairement des femmes (64,4%). Ce résultat est comparable à celui de **Soedje et al [8]**, à celui d'**El Fane et al [6]** et à celui de **Soumahoro et al [9]** à Abidjan qui ont aussi trouvé une prédominance féminine (respectivement 62,9%, 61,0% et 60,19%) de leurs échantillons. Cette prédominance féminine reflète la tendance de l'épidémie au niveau national qui touche plus les femmes que les hommes [10]. Le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique confirme cette prédominance féminine dans toute la région Afrique [11]. Cela s'explique par la vulnérabilité biologique et socioéconomique des femmes dans cette région du monde. Dans notre cas particulier, nous devons aussi ajouter qu'il y a une prédominance féminine dans la population générale [10] et dans la population des malades psychiatriques au Togo [12, 13].

Le niveau d'instruction secondaire avait prédominé à 55,1% des cas. Nos patients ayant un bon niveau d'alphabétisation, nous pouvons dire qu'ils comprennent bien les messages de sensibilisation contre le VIH ; mais que d'autres facteurs à savoir des maladies mentales, les amèneraient à avoir un manque de discernement face aux dangers des comportements à risque.

Les mariés ont prédominé (41,3 %) parmi nos patients. Cela s'explique par l'influence de la culture qui veut que toute personne, dès sa majorité, se marie. La polygamie (71,0% des mariés) est aussi culturelle ; c'est une façon de compenser les insuffisances d'une épouse sur tous les aspects de la vie relationnelle plutôt que de divorcer. **Salifou et al [13]** avaient déjà dit que le divorce est rarement envisageable dans la culture africaine et que dans cette tradition, la polygamie est plutôt envisagée comme solution pour un couple en difficulté. Malheureusement, la polygamie reste une forme de multi-partenariat sexuel qui peut être un facteur de risque du VIH.

Nos patients provenaient des milieux urbains dans 82,7% des cas. **El Fane et al [6]** au Maroc avaient trouvé un résultat similaire (80,0%). Le stress de la vie quotidienne en milieu urbain pourrait exposer à plusieurs risques à savoir la maladie mentale et l'infection au VIH. Plus de la moitié de nos patients (55,6%) étaient indigents. Cette situation de précarité les auraient exposés au VIH à la recherche de gain facile. Il faut dire que si la maladie mentale et l'infection au VIH constituent un couple qui appauvrit le souffrant, le statut d'indigent complique cette comorbidité et sa prise en charge. Les liens entre la pauvreté et la maladie mentale [14-17] et la pauvreté et le VIH [18] ne sont plus à démontrer.

#### Des données cliniques

L'entretien MINI a confirmé la prédominance des troubles de l'humeur (actuel 32,1% ; passé 68,9%). En détail, les troubles rentrant dans le groupe des troubles bipolaires ont prédominé (actuel 25,0% et passé 53,8%). Notre résultat est différent de celui de **Soedje et al [8]**, de celui d'**El Fane et al [6]** et de celui de **Coulibaly et al [19]** à Bamako

qui ont trouvé respectivement une prédominance de la psychose aiguë (37,1%), une prédominance de la dépression (76,0%) et une prédominance des troubles anxiodépressifs (86,3%). Les faibles échantillons de ces trois études et la différence méthodologique peuvent expliquer cette différence des résultats. Il faut dire que sur le plan mondial, la prévalence de l'infection au VIH chez les patients présentant un trouble bipolaire (2,8 %) est très supérieure à celle de la population générale [20] et notre résultat va dans ce sens. Cela se conçoit aisément, puisque les malades bipolaires surtout en phase (hypo)manique ont un sentiment d'invincibilité ; ils sont désinhibés ; leur libido est augmentée et leur consommation d'alcool et autres drogues aussi augmente. Ce qui naturellement augmente les comportements sexuels à risque chez eux.

#### Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude, réalisée dans le contexte de pandémie à la COVID-19, a été difficile dans sa mise en œuvre puisqu'il fallait appeler les malades ambulatoires pour un entretien en présentiel. Pour ceux qui étaient dans l'incapacité de se déplacer, le questionnaire avait été administré à distance par des appels téléphoniques. Les entretiens à distance par téléphone sont une faiblesse de cette étude. Les points forts de cette étude sont tout de même nombreux. Pendant la collecte des données, l'enquêteur a rassuré et mis en confiance les patients ; ce qui a permis d'avoir des réponses franches. Les outils de collecte des données (fiche et MINI) étaient bien adaptés à l'étude. L'échantillonnage des PVVIH malades mentaux était exhaustif. Cet ensemble de précautions a réduit les biais.

#### CONCLUSION

Au vu de nos résultats, les troubles bipolaires, par leur symptomatologie, exposent les malades à l'infection au VIH. La précarité, tout en exposant au VIH, complique la prise en charge de la comorbidité trouble bipolaire-VIH. Les résultats de cette étude vont contribuer à améliorer la prise en charge psychiatrique du trouble bipolaire dans nos milieux qui devra nécessairement inclure un counseling pour le dépistage du VIH, de même qu'une sensibilisation sur les mesures préventives du VIH et des infections sexuellement transmissibles. En gros, la prévention de l'infection au VIH passe aussi par la prise en charge efficace des maladies mentales. Pour mieux cerner le lien entre les différents troubles bipolaires et l'infection au VIH, il serait souhaitable d'approfondir la recherche en comparant une population de patients bipolaires PVVIH avec une population de patients bipolaires non infectés par le VIH au Togo.

#### CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

#### CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Saliou Salifou : conception de l'étude, constitution de l'échantillon, enquête, analyse statistique, rédaction du rapport de l'étude.

Awèréou Kotosso: constitution de l'échantillon, enquête, analyse statistique.

Daméga Wenkourama: enquête, lecture et correction du rapport de l'étude.

Bawoubadi Abaltou: lecture et correction du rapport de l'étude.

Sonia Kanekatoa: lecture et correction du rapport de l'étude.

Désiré Nanema: lecture et correction du rapport de l'étude.

Charfoundine Affo : lecture et correction du rapport de l'étude.

Adzovi Koli Aziable : constitution de l'échantillon, enquête.

Kolou Simliwa Dassa : lecture et correction du rapport de l'étude

## RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA. Statistiques mondiales sur le VIH. Fiche d'information juillet 2018. 7p. Disponible sur: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns>. Consulté 15 Juillet 2019.
2. ONUSIDA. Feuilles de résultats vue d'ensemble : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010. 52 p. [http://www.unaids.org/globalreport/documents/2010\\_1123\\_AIDS\\_scorecards\\_fr\\_em.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/2010_1123_AIDS_scorecards_fr_em.pdf).
3. Yéo-Ténéna JMY, Koua AM, Traoré BS et al. Sexualité, comportements à risque et dépistage du VIH/SIDA en milieu hospitalier psychiatrique ivoirien : enquête pilote. *L'Information psychiatrique* 2014; 90:553-9.
4. OMS. VIH/SIDA et santé mentale ; Rapport du Secrétariat EB124/6, 2008.
5. Maccaferri GE, Cavassini M, Berney A. Troubles de l'humeur et VIH : épidémiologie, clinique et prise en charge thérapeutique. *Rev Med Suisse* 2012; 8: 362-7.
6. El Fane M, Sodqi M, Chakib A et al. La santé mentale des patients vivant avec le VIH dans le service des maladies infectieuses du CHU Casablanca, Maroc. *Ann Med Psychol* 2019 ; 177 (1) :50-4.
7. Abers MS, Shandera WX, Kass JS. Neurological and psychiatric adverse effects of antiretroviral drugs. *CNS drugs*. 2014;28(2):131-45.
8. Soedje KMA, Sy A, Kotosso A et al. Troubles mentaux et VIH au CHU Sylvanus Olympio de Lomé : aspects clinique de 2011 à 2013. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)* 2015 ; Série D, 17(3) : 621-9.
9. Soumahoro M K, N'dri K M, Achy B A W, et al. Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans un centre de suivi à Abidjan : enquête transversale. *Revue Bio-Africa* 2018 ; 19 : 26-33.
10. République Togolaise. Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA : 2016-2020. Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles; 2016.
11. OMS. VIH/SIDA : Cadre d'action dans la région africaine de l'OMS 2016 - 2020. Mettre fin au VIH/SIDA d'ici 2030. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2017.
12. Salifou S, Kanekatoua S, Soedje KMA et al. Les patients psychiatriques pris en charge dans le Service de Médecine du CHP de Kpalimé. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)* 2018 ; 20 (2) : 277-282.
13. Salifou S, Wenkourama D, Soedje KMA et al. Profil des patients vus en consultation psychiatrique au CHU-Campus de Lomé. *Health Sci. Dis.* 2018 ; 19 (1 Suppl 1) : S48-52.
14. Xavier E. La précarité et la psychiatrie. *Psychiatrie Française* 2016 ; 46 (3) : 27-31.
15. Tansella M. Making mental health services work at the primary level. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4):501-2.
16. Bitter I. Mental disorders and economic change – the example of Hungary. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4):505-6.
17. Blais L, Guay L. Pauvreté, santé mentale et stratégies d'existence. *Santé mentale au Québec* 1991 ; 16 (1) : 117-38.
18. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. Population, développement et VIH/sida et leur rapport avec la pauvreté. New York, 2005 ; 59p.
19. Coulibaly SP, Traoré J, Karabinta Y et al. Prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes séropositives au VIH au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G (Bamako). *Health Sci. Dis.* 2019 ; 20 (4) : 53-6.
20. Zaghbib K, Milhiet V, Jamain S, Bellivier F. Santé physique et troubles bipolaires. *Annales Médico-Psychologiques* 2012 ; 170 : 56-61.