



# Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH au centre hospitalier régional de Tenkodogo, Burkina Faso, 2023-2024

---

Wend-Yam Paterne Kévin NOUKOUBRI<sup>1\*</sup>,  
Ter Tiero Elias DAH<sup>2,3</sup>, Désiré Lucien DAHOUROU<sup>4</sup>,  
Kadari CISSE<sup>4</sup>, Natyon Dieudonné SOMA<sup>5</sup>,  
Linda Audrey KOUBI<sup>6</sup>, Smaila OUEDRAOGO<sup>3</sup>,  
Abdoulaye Hama DIALLO<sup>3</sup>, Hervé Mwinonè HIEN<sup>4</sup>,  
Maxime Koiné DRABO<sup>4</sup>, Nicolas MEDA<sup>3</sup>

## Résumé

L'évaluation de la qualité de vie est de nos jours un aspect important de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Cependant, il n'existe pas de données chez les PvVIH qui sont en milieu semi-urbain au Burkina Faso. Nous l'avons évaluée au CHR de Tenkodogo en réalisant une étude transversale entre le 1<sup>er</sup> juin 2023 et le 31 janvier 2024. La qualité de vie a été mesurée à l'aide de l'outil *Medical Outcome Study Short Form-12* (SF-12). Au total, 334 PvVIH dont 251 (75,2%) femmes ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen était de 49,7 ans  $\pm$  11,9. Les scores moyens de la santé physique et de la santé mentale étaient respectivement de 53,2  $\pm$  8,62 et 48,1  $\pm$  6,99 sur un total de 100. Les facteurs associés à la santé physique étaient l'âge ( $p=0,003$ ), le revenu mensuel ( $p=0,026$ ) et l'observance thérapeutique ( $p=0,036$ ). Ceux associés à la santé mentale étaient l'observance thérapeutique ( $p<0,0001$ ), le revenu mensuel ( $p=0,018$ ), la stigmatisation ( $p<0,0001$ ), le soutien financier ( $p<0,0001$ ) et moral ( $p=0,015$ ). Des études supplémentaires sont nécessaires pour approfondir les connaissances sur les troubles de la qualité de vie des PvVIH. En attendant, les autorités de santé y compris le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles doivent mener des actions

---

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tenkodogo, Service des Urgences Médicales, BP 56 Tenkodogo, Burkina Faso ; nokoubri@gmail.com.

<sup>2</sup> Université Ledea Bernard Ouédraogo, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Burkina Faso. 01 BP 346 Ouahigouya 01

<sup>3</sup> Université Joseph Ki-Zerbo, UFR/SDS, Laboratoire de Santé Publique (LASAP), Ouagadougou, Burkina Faso. 03 BP 7021 Ouagadougou 03.

<sup>4</sup> Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso. 03 BP 7192 Ouagadougou 03

<sup>5</sup> Programme Sectoriel Santé de Lutte contre le VIH et les IST, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>6</sup> Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Plateau Central, CHR de Ziniaré, Burkina Faso

\* **Auteur correspondant** : Wend-Yam Paterne Kévin NOUKOUBRI,  
Tél : (+226) 71 90 73 76, nokoubri@gmail.com

urgentes en vue de renforcer les capacités de dépistage et de prise en charge des troubles de qualité de vie chez les PvVIH.

**Mots-clés :** qualité de vie, PvVIH, SF-12, Tenkodogo, Burkina Faso.

## **Quality of life of people living with HIV at the Tenkodogo regional hospital, Burkina Faso, 2023-2024**

### **Abstract**

Assessing the quality of life is nowadays an important aspect of care for people living with HIV (PLHIV). However, no data are available for PLHIV living in semi-urban settings in Burkina Faso. We conducted a cross-sectional study at the Tenkodogo Regional Hospital between 1 June 2023 and 31 January 2024. The quality of life was measured using the Medical Outcome Study Short Form-12 (SF-12). A total of 334 PLHIV, including 251 (75.2%) women, were included in the study. The mean age was  $49.7 \pm 11.9$  years. The mean scores for physical health and mental health were  $53.2 \pm 8.62$  and  $48.1 \pm 6.99$  over 100, respectively. The factors associated with physical health were age ( $p=0.003$ ), monthly income ( $p=0.026$ ) and compliance with treatment ( $p=0.036$ ). Those associated with mental health were compliance ( $p<0.0001$ ), monthly income ( $p=0.018$ ), stigma ( $p<0.0001$ ), financial support ( $p<0.0001$ ) and moral support ( $p=0.015$ ). Further studies are needed to gain a better understanding of quality of life problems in people living with HIV. Further studies are needed to gain a better understanding of quality of life problems in people living with HIV. In the meantime, health authorities, including the National Committee fighting against AIDS and Sexually Transmitted Infections, must take urgent action to build capacity in the detection and management of quality of life problems among people living with HIV.

**Keywords:** quality of life, PLHIV, SF-12, Tenkodogo, Burkina Faso.

### **Introduction**

La qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) est un concept multidimensionnel englobant les aspects de santé physique, de santé mentale, de vie sociale, ainsi que l'autonomie et le bien-être économique (1). Elle peut être évaluée par des approches qualitatives à travers des entretiens approfondis et/ou des approches quantitatives par l'utilisation d'outils psychométriques validés (2).

L'avènement des thérapies antirétrovirales (ARV) hautement actives et leur accès ont permis de réduire de façon importante la morbidité et la mortalité liées à l'infection par le VIH (3,4). Elles ont ainsi amélioré l'espérance de vie des PvVIH correctement traitées et ont fait de l'infection une maladie chronique impliquant un suivi régulier (5-7). Ce suivi jadis basé sur des critères cliniques (poids, taille, stade OMS de l'infection) et biologiques (nombre de CD4, charge virale du VIH),

intègre en plus aujourd'hui l'évaluation de la qualité de vie des PvVIH (8). Il s'agit principalement d'évaluer les impacts psycho-sociaux de l'infection par le VIH (troubles mentaux, troubles du sommeil, rejet social, stigmatisation) ainsi que les effets secondaires des traitements dont celui ARV et la santé sexuelle.

Des études ont déjà été réalisées sur la qualité de vie des PvVIH au Burkina Faso (9,10). Elles ont montré un score global élevé de qualité de vie qui augmentait significativement au cours du temps. Spécifiquement, les domaines de la spiritualité, la religion et les croyances personnelles étaient les plus élevés. Le domaine environnemental (incluant l'environnement familial, les ressources financières, l'accessibilité aux soins de santé) était le plus bas. Le fait d'avoir un soutien du personnel médical, d'être sous traitement ARV, et de se percevoir en bonne santé étaient prédicteurs d'une bonne qualité de vie.

Bien que ces résultats aient été utiles pour la prise en charge des PvVIH au Burkina Faso, il faut dire qu'elles étaient uniquement réalisées auprès de PvVIH suivies en milieu urbain (Ouagadougou) et qu'il est nécessaire de les actualiser car datant d'environ une décennie. En effet, le contexte actuel est différent de celui d'il y'a dix ans car les recommandations de mise sous traitement ARV ont évolué. Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles du Burkina Faso a adopté depuis 2020 des recommandations pour le traitement ARV universel des PvVIH (c'est-à-dire le fait de commencer le traitement ARV chez toutes les PvVIH indépendamment du stade clinique et du nombre de CD4) (11). Il faut dire que l'une des justifications de cette recommandation par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2015 est son potentiel impact positif sur la morbi-mortalité et la qualité de vie des PvVIH.

Notre étude a pour objectif d'évaluer la qualité de vie et identifier les facteurs associés à la santé mentale et à la santé physique chez des PvVIH en milieu semi-urbain à Tenkodogo.

## **I. Méthodes**

### **I.1. Cadre, schéma et période de l'étude**

Une étude transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée entre le 1<sup>er</sup> juin 2023 et le 31 janvier 2024. Elle s'est déroulée à l'hôpital de jour du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tenkodogo, Chef-lieu de la région du Centre-Est au Burkina Faso. Il s'agit d'un établissement

de santé du 2<sup>ème</sup> niveau de la pyramide sanitaire. Il s'occupe de la prise en charge des patients référés des formations sanitaires du 1<sup>er</sup> niveau (CSPS, CM et CMA). Le CHR de Tenkodogo est composé de deux organes administratifs, de quatre organes consultatifs et de dix-huit services cliniques et médicotecniques. L'hôpital de jour est le service clinique dédié à la prise en charge et au suivi des PvVIH. L'offre de soins y est ambulatoire avec la possibilité de référer les patients instables, le plus souvent aux stades 3 et 4 de la classification de l'OMS, vers des soins appropriés dans les services d'hospitalisation. Des soins communautaires à type de conseils et appuis psychosociaux et nutritionnels sont aussi offerts par l'Association Solidarité Action Faire Face (ASAFF). Au dernier trimestre de l'année 2023, la file active de PvVIH inscrites et suivies était d'environ 716.

## **I.2. Population d'étude**

La population source était constituée des PvVIH qui venaient consulter à l'hôpital de jour du CHR de Tenkodogo pour leur suivi de routine. Les PvVIH éligibles étaient âgées d'au moins 18 ans, avaient initié le traitement ARV depuis au moins six mois et avaient donné leur consentement à participer à l'étude.

## **I.3. Mode de recrutement et taille de l'échantillon**

L'échantillon d'étude a été constitué selon un sondage aléatoire systématique. En nous basant sur la moyenne des consultations journalières à l'hôpital de jour (10 PvVIH) et la taille minimale de 328 personnes à enquêter, nous avons décidé d'inclure cinq PvVIH par chaque consultation. Un pas de sondage a été déterminé chaque jour de consultation en divisant le nombre de personnes prévues pour être vues en consultation (connues à l'avance grâce au système de rendez-vous) par cinq, c'est-à-dire le nombre de personnes à inclure ce jour. Le rang de la première personne à inclure était tiré au sort et l'étude lui était proposée. La seconde personne à inclure était identifiée en ajoutant le pas de sondage au chiffre indiquant le rang de la première personne incluse. Ce processus était ainsi répété jusqu'à obtenir le nombre de personnes à inclure chaque jour. Lorsqu'une personne identifiée pour être incluse refusait de participer, l'étude était proposée à la personne suivante. Une taille minimale de l'échantillon de l'étude a été calculée en utilisant la formule suivante

$$N = Z^2 * \sigma^2 / d^2$$

Où :

- $\sigma$  est l'écart type du score moyen de la santé physique (4,62 dans l'étude de *Soumahoro et al*) (12)
- $Z$  est le score  $Z$  correspondant au niveau de confiance (1,96 pour 95%)
- $d$  est la précision souhaitée (0,5) ;

Nous avons obtenu une taille minimale de 328 PvVIH. Au total 334 PvVIH ont été incluses.

#### **I.4. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire papier et d'une grille d'extraction de données. Le questionnaire a été administré en face à face par un enquêteur formé. Il s'agissait d'un acteur communautaire, membre de l'ASAFF, déjà impliqué dans la prise en charge du VIH. L'administration du questionnaire s'est déroulée dans une salle permettant la mise à l'aise de l'enquêté et assurant la confidentialité du recueil des données. Le questionnaire a permis de recueillir les informations sur la qualité de vie en utilisant la version française de l'échelle *Medical Outcome Study Short Form-12 (SF-12)*. L'échelle SF-12 comprend 12 questions autorisant des options de réponse binaire et graduelle (échelle de Likert). Les questions permettent d'explorer huit dimensions dont quatre de la santé physique et quatre de la santé mentale. La composante physique évalue la santé générale, la douleur corporelle, le rôle physique et la fonction physique. La composante mentale évalue la vitalité, la fonction sociale, le rôle émotionnel et la santé mentale. Chaque réponse est notée et le total de l'ensemble des notes obtenues permet de calculer deux scores : un pour la santé physique et un autre pour la santé mentale. Chaque score est compris entre un minimum de zéro et un maximum de 100 (13). En outre, le questionnaire recueillait des informations socio-démographiques, comportementales et d'autres sur l'observance au traitement ARV (évaluée à l'aide de l'échelle de Morisky) (14). La grille d'extraction a permis le recueil d'informations cliniques, biologiques et thérapeutiques contenues dans le cahier de suivi des PvVIH incluses.

#### **I.5. Analyses statistiques**

Une description de la population d'étude a d'abord été réalisée. Pour cela, les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs absolus et relatifs et les variables quantitatives par la moyenne et la déviation standard (DS). Ensuite, la santé physique a été évaluée par le score global et les scores spécifiques des dimensions qui la composent. La

santé mentale a aussi été évaluée par le score global et les scores spécifiques de ces dimensions. Enfin, les facteurs associés à la santé physique et à la santé mentale ont été recherchés par deux régressions linéaires distinctes. Pour chacune des analyses, les variables associées en univariée au seuil de 20% étaient incluses dans un modèle complet. Le modèle final a été obtenu par une stratégie manuelle descendante pas à pas. Le seuil de signification retenu pour tous les tests statistiques était de 5%.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata (version 16.0 ; Stata Corp LP, College Station, TX)

## **I.6. Considérations éthiques**

Le protocole de l'étude a obtenu l'autorisation du Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso (délibération N° 2023-05-114). Une demande d'autorisation de collecte des données a été adressée au Directeur Général du CHR de Tenkodogo ainsi qu'au Chef de service de l'hôpital de jour. La participation des patients a été libre et volontaire. Tous les participants ont signé un consentement éclairé. La gestion des données recueillies a été anonyme et confidentielle.

## **II. Résultats**

### **II.1. Caractéristiques de la population d'étude**

Au total, 334 PvVIH ont été incluses dans l'étude. Parmi elles, 251 (75,2%) étaient des femmes. L'âge moyen était de 49,7 ans  $\pm$  11,9. Toutes les PvVIH incluses dans l'étude étaient sous traitement ARV et plus de la moitié, 204 (61%) était observant au traitement ARV. La grande majorité des PvVIH, 317 (94,9%) avait été classée au stade 1 OMS à la dernière consultation et 50 (15 %) avaient un antécédent d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois. Sur le plan biologique et thérapeutique, 298 (89,2%) PvVIH avaient une charge virale  $\leq$ 1000 copies ARN/ml à la dernière consultation et 291 (87,2%) avaient un schéma de première ligne Le **tableau I** donne le détail des caractéristiques des participants inclus.

**Tableau I.** Caractéristiques de la population d'étude (N=334)

<b>Variables</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b><i>Caractéristiques sociodémographiques et comportementales</i></b>		
<b><i>Age en années (moyenne, DS)</i></b>	49,7 (11,9)	
18-29	21	6,3
30-39	31	9,3
40-49	107	32
50-59	106	31,7
≥60	69	20,7
<b><i>Sexe</i></b>		
Masculin	83	24,8
Féminin	251	75,2
<b><i>Niveau d'instruction</i></b>		
Aucun niveau	218	65,2
Primaire	68	20,4
Secondaire	45	13,5
Université (Supérieur)	3	0,9
<b><i>Partage du statut sérologique</i></b>		
Oui	302	90,5
Non	32	9,5
<b><i>Stigmatisation</i></b>		
Oui	55	16,5
Non	279	83,5
<b><i>Revenu mensuel (Fcfa)</i></b>		
Aucun revenu	214	64,1
< 32218	15	4,5
[32218 ; 60500[	17	5
[60500 ; 74500[	24	7,2
[74500 ; 105300 [	54	16,2
[105300 ; 206600 [	10	3
<b><i>Soutien financier</i></b>		
Oui	125	37,5
Non	209	62,5
<b><i>Soutien moral</i></b>		
Oui	183	54,7
Non	151	45,3

N/A : non applicable ; **3TC** : Lamivudine ; **ABC** : Abacavir ; **ARV** : antirétroviraux **DTG** : Dolutégravir ; **LPV/r** : Lopinavir/ritonavir ; **TDF** : Ténofovir disoproxil fumarate

**Tableau I. Caractéristiques de la population d'étude (N=334) (suite)**

<b>Variables</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Caractéristiques cliniques et biologiques</b>		
<b>Antécédent d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois</b>		
Oui	50	15
Non	284	85
<b>Stade clinique OMS à la dernière consultation</b>		
Stade 1	317	94,9
Stade 2	14	4,2
Stade 3	3	0,9
<b>Type de VIH</b>		
VIH 1	301	90,1
VIH 2	19	5,70
VIH 1 & 2	14	4,20
<b>Dernière charge virale (copies ARN/ml)</b>		
≤ 1000	298	89,2
> 1000	15	4,50
N/A	21	6,30
<b>Caractéristiques thérapeutiques</b>		
<b>Durée du traitement ARV</b>		
6-11 mois	1	0,30
1-5 ans	36	10,8
5-10 ans	67	20
> 10 ans	230	68,9
<b>Ligne thérapeutique</b>		
1 <sup>ère</sup> ligne	291	87,2
2 <sup>ème</sup> ligne	43	12,8
<b>Protocole ARV</b>		
TDF/3TC/DTG	286	85,6
ABC/3TC+DTG	38	11,4
ABC/3TC+LPV/r	7	2,1
TDF/3TC+LPV/r	3	0,9
<b>Observance thérapeutique</b>		
Bonne	204	61
Assez bonne	69	20,7
Mauvaise	61	18,3

N/A : non applicable ; 3TC : Lamivudine ; ABC : Abacavir ; ARV : antirétroviraux DTG : Dolutégravir ; LPV/r : Lopinavir/ritonavir ; TDF : Ténofovir disoproxil fumarate

## II.2. Qualité de vie des PvVIH

Le score global moyen de la santé physique était de  $53,2 \pm 8,62$  sur un total de 100. Spécifiquement, les scores moyens respectifs du rôle physique et de la douleur corporelle étaient de 73,2 et 69,6. Le score global moyen de la santé mentale était de  $48,1 \pm 6,99$  sur un total de 100. Spécifiquement, les scores moyens respectifs du rôle émotionnel et de la santé mentale étaient de 62,2 et 66 (**Tableau II**).

**Tableau II.** Dimensions de la santé physique et la santé mentale des PvVIH

	Score moyen	Déviati on standard
<b><i>Dimensions de la santé physique</i></b>		
Fonction physique	67,2	31,6
Rôle physique	73,2	27,5
Douleur corporelle	69,6	23,5
Santé générale	68,9	25,3
<b><i>Dimensions de la santé mentale</i></b>		
Fonction sociale	71,7	26
Vitalité	68	23,5
Rôle émotionnel	62,2	33,6
Santé mentale	66	22,2
<b><i>Résumé des composantes</i></b>		
Santé physique	53,2	8,62
Santé mentale	48,1	6,99

## II.3. Facteurs associés à la santé physique

En analyse multivariée, les PvVIH âgées de moins de 44 ans avaient une meilleure santé physique que celles âgées de 44 ans et plus ( $\beta=3,16$  ; IC 95% : 1,04 ; 5,29 ;  $p=0,003$ ). En outre, les PvVIH qui avaient une bonne observance au traitement ARV avaient une bonne santé physique ( $\beta=2,89$  ; IC 95% : 0,19 ; 5,59 ;  $p=0,036$ ) comparé à celles ayant une faible observance au traitement ARV. Les PvVIH ayant un revenu mensuel compris entre 105 300 et 206 600 Fcfa avaient une meilleure santé physique que celles qui avaient un revenu mensuel inférieur à 32 218 Fcfa ( $\beta=6,99$  ; IC 95% : 0,85 ; 13,1 ;  $p=0,026$ ) (**Tableau III**).

## II.4. Facteurs associés à la santé mentale

Les PvVIH soutenues moralement ( $\beta=0,64$  ; IC 95% : 0,30 ; 2,77 ;  $p=0,015$ ), ou financièrement avaient une meilleure santé mentale ( $\beta=3,47$  ; IC 95% : 1,98 ; 4,95 ;  $p<0,001$ ) que celles qui n'étaient pas

soutenues. Les PvVIH qui avaient une bonne observance au traitement ARV avaient aussi une bonne santé mentale ( $\beta= 3,72$  ; IC 95% : 1,94 ; 5,50 ;  $p < 0,001$ ). Les PvVIH qui ont déclaré avoir un revenu mensuel entre 105 300 et 206 000 Fcfa avaient une meilleure santé mentale ( $\beta= 1,38$  ; IC 95% : -0,44 ; 2,67 ;  $p = 0,018$ ) que celles qui étaient sans revenus. Cependant, celles qui étaient victimes de stigmatisation avaient une moins bonne santé mentale ( $\beta= -8,80$  ; IC 95% : -10,3 ; -5,63 ;  $p < 0.0001$ ) (**Tableau III**).

**Tableau III.** Facteurs associés de la santé physique et à la santé mentale (régression linéaire multiple)

	Santé physique			Santé mentale		
	Coef $\beta$	IC à 95%	p value	Coef $\beta$	IC à 95%	p value
<i>Age (ans)</i>						
= 44	Réf			-	-	-
< 44	3,16	[1,04 ; 5,29]	<b>0,003</b>	-	-	-
<i>Revenu mensuel (Fefa)</i>						
Sans revenu	Réf			Réf		
[105 300 ; 206 600[	6,99	[0,85 ; 13,1]	<b>0,026</b>	1,38	[-0,44 ; 2,67]	<b>0,018</b>
[32 218 ; 60 500[	4,21	[1,59 ; 6,82]	0,229	2,79	[0,47 ; 5,11]	0,11
[60 500 ; 74 500[	3,84	[0,33 ; 7,35]	0,178	1,40	[-0,32 ; 3,13]	0,502
[74 500 ; 105 300[	3	[-1,46 ; 7,46]	0,261	1,61	[-1,33 ; 4,55]	0,283
<32 218	3,49	[-0,53 ; 7,52]	0,3	1,46	[-1,19 ; 4,12]	0,28
<i>Stigmatisation</i>						
Non	Réf			Réf		
Oui	-5,34	[-8,78 ; -3,71]	0,12	-8,80	[-10,3 ; -5,63]	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Soutien moral</i>						
Non	-	-	-	Réf		
Oui	-	-	-	0,64	[0,30 ; 2,77]	<b>0,015</b>
<i>Soutien financier</i>						
Non	-	-	-	Réf		
Oui	-	-	-	3,47	[1,98 ; 4,95]	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Observance thérapeutique</i>						
Faible	Réf			Réf		
Assez-bonne	2,81	[-0,04 ; 5,65]	0,054	1,06	[-0,82 ; 2,94]	0,268
Bonne	2,89	[0,19 ; 5,59]	<b>0,036</b>	3,72	[1,94 ; 5,50]	<b>&lt;0,0001</b>
Constante	60,1	[31,0 ; 64,2]	<b>&lt;0,0001</b>	41,6	[32,8 ; 54,7]	<b>&lt;0,0001</b>

Coef  $\beta$  : Coefficient beta ; Réf : Référence ; IC : Intervalle de confiance

### III. Discussion

***Une qualité de vie suboptimale.*** Notre étude réalisée en milieu semi-urbain au Burkina Faso a montré que les PvVIH avaient une qualité de vie suboptimale. En effet, le score global de la santé physique était de 53,2 sur 100 et celui de la santé mentale était de 48,2 sur 100. Nos résultats sont différents de ceux de *Sabranski M et al* qui trouvait un score de santé physique de 48,8 et un score de santé mentale de 46,4 chez des PvVIH prises en charge à Hambourg et Kiel (République fédérale d'Allemagne) (15). Ils sont cependant proches de ceux de Soumahoro à Abidjan (République de la Côte d'Ivoire) qui trouvait un score de santé physique de 54,9 et un score de santé mentale de 50,3 (12). Nos résultats peuvent être interprétés comme un signe d'alerte au système de santé en général et aux soignants en particulier à faire plus attention à la qualité de vie des PvVIH. En effet, même si l'accès aux traitements ARV a amélioré la survie des PvVIH, il est important de considérer leur prise en charge au-delà des seuls aspects cliniques et biologiques (16). Le score de la santé physique des PvVIH suivies à Tenkodogo était légèrement supérieur à la moyenne de 50. Les scores des domaines de la fonction physique et de la douleur corporelle étaient les moins élevés. Ils indiquent qu'il faudrait idéalement associer d'autres spécialités médicales telles que la rééducation fonctionnelle, la neurologie ou la rhumatologie à la prise en charge des PvVIH. A défaut, les professionnels de santé en charge des PvVIH pourraient être renforcés par des formations dans ces spécialités. Le score de la santé mentale était de 48,1 légèrement en deçà de la moyenne de 50. Ce résultat interpelle à mener des études complémentaires pour mieux appréhender et comprendre les aspects de la santé mentale qui sont les plus défailtants, donc urgents à régler. En attendant, le système de santé devrait à minima renforcer les capacités des professionnels de santé à la détection et à la prise des troubles mentaux des PvVIH, ou mieux, associer des spécialistes des pathologies mentales pour le suivi des PvVIH.

***Une association de l'âge, le revenu mensuel et l'observance thérapeutique à la santé physique.*** Les facteurs positivement associés à la santé physique étaient l'âge inférieur à 44 ans, un revenu mensuel élevé et une bonne observance au traitement ARV. Ces facteurs sont compréhensibles et explicables. En effet, les PvVIH âgées de moins de 44 ans sont censées avoir une bonne santé physique par rapport à celles plus âgées. De plus, la distribution en âge de la population étudiée indique qu'un peu plus de 50% des PvVIH enquêtées avait plus de 50

ans dont 20% avait plus de 60 ans. Une bonne observance au traitement est connue pour être fortement corrélée à une bonne réponse immuno-virologique et par conséquent à un bon état physique (17). De même, un meilleur statut économique permet à la personne qui vit avec le VIH de subvenir à minima à certains de ses besoins. (12).

***Une association du revenu mensuel, de la stigmatisation, du soutien et de l'observance thérapeutique à la santé mentale.*** La stigmatisation à l'endroit des PvVIH était négativement associée à la santé mentale. De même et de façon réciproque, les soutiens moral et financier étaient positivement associés à une bonne santé mentale. Ces résultats sont cohérents et corroborent ceux de *Legesse TA et al* (18). En effet, le fait d'avoir un revenu et/ou un soutien financier favorise le développement personnel, les relations sociales, la réalisation de soi et l'estime de soi, contribuant à une bonne santé mentale (19). De plus, il est établi que les personnes atteintes de maladies chroniques en général et du VIH en particulier ont besoin de soutien de la communauté dont des membres de leurs familles. Le fait de savoir qu'on est aimé, estimé et qu'on fait partie d'un réseau social a en effet une très grande influence positive sur la santé mentale (20).

## **Limites de l'étude**

Notre étude présente des limites. Premièrement, le schéma d'étude utilisé pour évaluer la qualité de vie est transversal. Il ne permet d'en donner qu'une appréciation ponctuelle tandis que celle-ci est en réalité un phénomène dynamique. Un schéma d'étude longitudinal aurait permis de mesurer l'évolution au cours du temps de la qualité de vie. Deuxièmement, notre étude a été uniquement réalisée auprès de PvVIH suivies au CHR de Tenkodogo. Cela rend difficile la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. Troisièmement, une partie du recueil des données a été faite par l'administration de questionnaire en face à face. Ce mode de recueil de données a pu entraîner un biais de désirabilité sociale dans les réponses données par les enquêtés, surtout pour les questions sensibles telles que le revenu mensuel.

## **Conclusion**

La qualité de vie des PvVIH à Tenkodogo est globalement suboptimale, avec une santé physique à peine à la moyenne et une santé mentale en deçà de la moyenne. Des études supplémentaires sont nécessaires pour avoir davantage de connaissances sur cet aspect plus que jamais important de la prise en charge des PvVIH. En attendant, le Conseil

National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles devrait renforcer les capacités des professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge des troubles entravant la qualité des PvVIH.

## **Conflits d'intérêt.**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

## **Remerciements.**

Nous remercions le personnel de l'hôpital de jour du CHR de Tenkodogo pour l'implication et l'aide apportées dans ce projet. Nous sommes particulièrement reconnaissants de l'Association Solidarité Action Faire Face (ASAFF) qui nous a permis de suivre des activités entrant dans le cadre de l'approche communautaire de la prise en charge du VIH.

## **Références bibliographiques**

1. Leplège A, Debout C. Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Recherches en soins infirmiers*. 2007 ; 88 : 18-24.
2. Schraub S, Mercier M, Arveux P. Mesure de la qualité de vie en cancérologie [Quality of life measure in cancerology]. *Presse Med*. 19 févr 2000 ; 29(6) : 310-8.
3. Gabillard D, Lewden C, Ndoye I, Moh R, Ségéral O, Tonwe-Gold B, et al. Mortality, AIDS-morbidity, and loss to follow-up by current CD4 cell count among HIV-1-infected adults receiving antiretroviral therapy in Africa and Asia : Data From the ANRS 12222 Collaboration. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 15 avr 2013 ; 62(5) : 555-561.
4. Anglaret X, Minga A, Gabillard D, Ouassa T, Messou E, Morris B, et al. AIDS and non-AIDS morbidity and mortality across the spectrum of CD4 cell counts in HIV-infected adults before starting antiretroviral therapy in Cote d'Ivoire. *Clin Infect Dis*. 4 févr 2012 ; 54(5) : 714-23.
5. Nsanzimana S, Remera E, Kanters S, Chan K, Forrest JI, Ford N, et al. Life expectancy among HIV-positive patients in Rwanda : a retrospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 3 mars 2015 ; 3(3) : e169-77.

6. Marcus JL, Chao CR, Leyden WA, Xu L, Quesenberry CP Jr, Klein DB, et al. Narrowing the Gap in Life Expectancy Between HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals With Access to Care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 sept 2016 ;73(1) :39-46.
7. Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe : comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS*. Sept 2016 ;11(5) : 492-500.
8. Okoli C, De Los Rios P, Eremin A, Brough G, Young B, Short D. Relationship Between Polypharmacy and Quality of Life Among People in 24 Countries Living With HIV. *Prev Chronic Dis*. 2020 ; 17 : E22.
9. Bakiono F, Ouédraogo L, Sanou M, Samadoulgou S, Guiguemde PWL, Samadoulgou KF, et al. Quality of life in people living with HIV : a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Springer Plus*. 2014 ; 3 : 372.
10. Bakiono F, Guiguemde PWL, Sanou M, Ouédraogo L, Robert A. Quality of life in persons living with HIV in Burkina Faso: a follow-up over 12 months. *BMC Public Health*. 2015 ; 15:1119.
11. Ministère de la santé. Normes et protocoles de prise en charge médicale des Personnes vivant avec le VIH au BURKINA-FASO. 6ème édition. Juin 2021.
12. Soumahoro MK, N'Dri KM, Achy BAW, Kragbé DGR, Kouassi MNJ, Touré A, et al. Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans un centre de suivi d'Abidjan : Enquête transversale. *Revue Bio-Africa*. 2018 ; 19 : 26-33.
13. Ware JE, Kosinski M, Keller S. SF-12 : how to score the SF-12 physical and mental health summary scales, vol. 2. Boston : The Health Institute New England Medical Centre ; 1995, 96 p.
14. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J. Clin. Hypertens*. 2008 ; 10(5) : 348–354.
15. Sabranski M, Erdbeer G, Sonntag I, Stoehr A, Horst HA, Plettenberg A, et al. Physical and mental health in HIV-infected patients with virological success and long-term exposure to antiretroviral therapy. *AIDS care*. 2021 ; 33(4), 453-461.

16. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap : increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PloS one*. 2013 ; 8(12) : e81355.
17. Ndour CT, Batista G, Manga MN, Ngom Guèye NF, Dia Badiane NM, Fortez L, et al. Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement antirétroviral chez des patients infectés par le VIH-2 à Dakar : étude préliminaire. *Médecine et maladies infectieuses*. 2006 ; 36 : 111-114.
18. Legesse TA, Girma AM, Hailemariam AZ, Estifanos MW. Determinants of Poor Quality of Life Among Adults Living with HIV and Enrolled in Highly Active Anti- Retroviral Therapy at Public Health Facilities of Arba Minch Town Administration in Southern Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*. 2019 ; 11 : 387-394.
19. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. [Cité le 04 Avril. 2024]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1)
20. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression : Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*. 2016 ; 209(4) : 284-293.