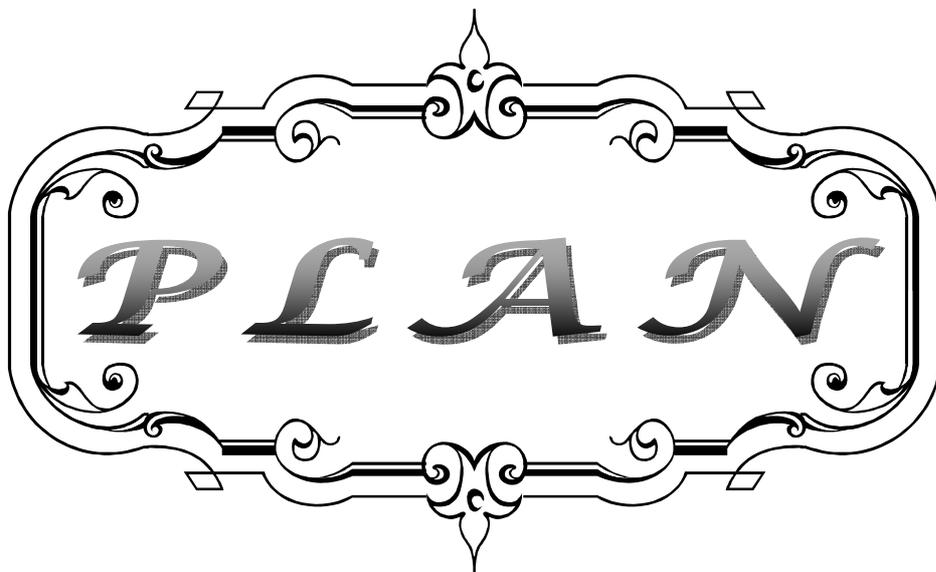


A decorative, ornate frame with a central floral motif at the top and bottom. The frame is composed of two horizontal lines with intricate scrollwork and flourishes extending from the corners and center. The word "ABBREVIATIONS" is written in a bold, serif, all-caps font within the frame.

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

ARV	: Antirétroviraux
BM	: Banque mondiale
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CSPro	: The Census and Survey Processing System
FAHI	: Functional Assessment Human immunodeficiency
HAART	: Highly Active Antiretroviral Therapy (traitement antirétroviral hautement actif)
IDH	: Indice de développement humain
MTH	: Marrakech Tensift al Haouz
MOS-HIV	: Medical Outcomes Study-Human immunodeficiency virus
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme de l'organisation des nations unies de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise
QdV	: La qualité de vie
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
WHOQUOL-HIV	: World health organization quality of life assessment for human immunodeficiency virus



I. Introduction	01
I.1 Généralités	02
I.1.1. Situation dans le monde	02
I.1.2. Situation au Maroc	03
I.2. Problématique	06
I.3. Justification de l'étude	07
I.4. Objectifs de l'étude	07
II. Patients et méthodes	09
II. 1. Notion de qualité de vie et choix du questionnaire	10
II.2. Cadre conceptuel	14
II.3. Définition des variables	16
II.3.1. La variable dépendante	16
II.3.2. Les variables indépendantes	16
II.3.2.1. Domaine physique	16
II.3.2.2. Domaine psychologique	16
II.3.2.3. Domaine du niveau d'indépendance	17
II.3.2.4. Domaine des relations sociales	17
II.3.2.5. Domaine de l'environnement	17
II.3.2.6. Domaine de la spiritualité, de la religion ou des croyances personnelles	17
II.3.3. Les variables contrôlées	18
II.4. Hypothèses	18
II.5. Mode et outil de collecte des données	19
II.6. Etude de l'échantillon	20
II.6.1. Caractères d'inclusion et d'exclusion	20
II.6.2. Echantillonnage	20
II.6.3. Taille de l'échantillon	20
II.6.4. Analyse des données	21
III .Résultats	22
III.1. Résultats des statistiques descriptives	23
III.1.1. Répartition démographique des répondants	23
III.1.1.1. Sexe des répondants	23
III.1.1.2. Statut matrimonial	23
III.1.1.3. Activité professionnelle des répondants	24
III.1.1.4. Age	24
III.1.1.5. Notion d'infection VIH dans la famille	25
III.1.2. Informations sur l'infection à VIH	26
III.1.2.1. Ancienneté de l'infection	26
III.1.2.2. Durée de la trithérapie	27
III.1.2.3. Stades de l'infection VIH	27
III.1.2.4. Dernier taux de CD4	28
III.1.3. Statistiques descriptives et fréquences des variables indépendantes	29

III.1.3.1. Statistiques descriptives.....	29
III.1.3.2. Statistiques de fréquence.....	29
III.2. les résultats des statistiques inférentielles.....	30
III.2.1. Analyse des résultats de l'hypothèse 1	30
III.2.2. Analyse des résultats de l'hypothèse 2	30
III.2.3. Analyse des résultats de l'hypothèse 3.....	31
III.2.4. Analyse des résultats de l'hypothèse 4	31
III.2.5. Analyse des résultats de l'hypothèse 5	31
III.2.6. Analyse des résultats de l'hypothèse 6	31
III.2.7. Analyse des résultats de l'hypothèse 7.....	31
III.2.8. Analyse des résultats de l'hypothèse 8.....	32
III.2.9. Analyse des résultats de l'hypothèse 9.....	32
III.2.10. Analyse des résultats de l'hypothèse 10.....	32
III.2.11–Analyse des résultats de l'hypothèse 11.....	32
III.2.12–Analyse des résultats de l'hypothèse 12.....	32
III.2.13. Analyse des résultats de l'hypothèse 13	33
III.2.14. Analyse des résultats de l'hypothèse 14.....	33
III.2.15. Analyse des résultats de l'hypothèse 15.....	33
IV. Discussion	35
IV.1.Association entre le genre et la qualité de vie.....	36
IV.2.Situation Matrimoniale et qualité de vie.....	36
IV.3. Association entre le statut professionnel et la qualité de vie	37
IV.4. Association entre l'âge et la qualité de vie	38
IV.5.Association entre la notion d'infectionVIH dans la famille et la qualité de vie.....	39
IV.6. Association entre l'utilisation d'une multithérapie, l'ancienneté de l'infection.....	40
etla qualité de vie.	
IV.7. Association entre la qualité de vie et les facteurs biologiques	41
IV.8. Associations entre la qualité de vie et les six variables indépendantes	42
V. Conclusion.....	45
VI.Recommandations.....	47
VII.Résumés.....	59
VII.Références bibliographiques.....	53
VIII.Annexes.....	62



I. INTRODUCTION

I.1. Généralités

I.1.1. Situation dans le monde

Fin 2010, on estimait à 34 millions (31,6–35,2 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH (virus d'immunodéficience humaine) dans le monde, soit une hausse de 17 % par rapport à 2001. Il est important de savoir que 2/3 des personnes infectées vivent en Afrique sub-saharienne. Depuis, Le nombre de personnes décédées des causes liées au sida a chuté à 1,8 million [1,6–1,9 million] en 2010, contre un pic de 2,2 millions (2,1–2,5 millions) au milieu des années 2000. On estime à 2,7 millions (2,4–2,9 millions) le nombre de nouvelles infections à VIH en 2010, dont 390 000 enfants (340 000–450 000). Cela fait 15 % de moins qu'en 2001 et 21 % de moins que lors du pic de l'épidémie en 1997 [1].

Depuis l'apparition de la maladie on a assisté à une transition épidémiologique graduelle dans le modèle de l'infection [2]. Nous sommes passés d'un modèle de transmission à prédominance homosexuel à un modèle plus hétérosexuel. Les différents mode de transmission à savoir la voie sexuelle, la voie parentérale et la transmission verticale sont bien connus et très bien documentés [3,4].

Pendant la session extraordinaire des Nations Unis sur la population et le développement en 1999 ainsi qu'au sommet du millénaire en 2000, des engagements ont été pris pour intensifier la lutte contre le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) et particulièrement la réduction de la prévalence chez le sujet jeune. Ces réunions ont abouti à des objectifs ambitieux pour réduire l'incidence de la maladie grâce à l'expansion des efforts de prévention et à un accès plus important aux soins ainsi qu'au soutien pour toutes les personnes vivant avec le VIH [5]. Depuis cette déclaration, il y'a eu des efforts considérables accomplis par : les gouvernements, les organisations non gouvernementales (ONG), les organismes donateurs tels que la banque mondiale (BM) , l'organisation mondiale de la santé (OMS), le fond des Nations Unis pour l'enfance (UNICEF), le fond mondial de lutte contre le SIDA en vue d'améliorer la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Même si les ressources engagées sont inférieures aux besoins il y'a une grande amélioration dans l'accès aux antirétroviraux(ARV).A la fin de l'année 2008, plus de 4 millions de personnes vivant dans les pays à faible revenu avaient accès au traitement. Ce chiffre représente une augmentation de 36% en un an soit une multiplication par 5 en 5ans.Cependant, ensemble dans un rapport, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA notifient que plus de 5 millions de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès au traitement [6].

L'accès plus important au traitement et à la prévention ; semble avoir commencé à porter ses fruits avec une baisse du taux annuel de nouvelles infections à VIH de 21% entre 1997 et 2010 ainsi qu'une baisse de la mortalité liée à la maladie [1]. Ainsi les patients se retrouvent contraints à un traitement continu à long terme; et à l'utilisation des multithérapies antirétrovirales tendant à présent, à chroniciser l'infection par le VIH qui est ainsi entrée dans une ère nouvelle souvent qualifiée de « normalisation »[7,8], poussant ainsi l'intérêt pour d'autres aspects de l'infection telle que la qualité de vie des malades qui n'a pas été la priorité ces dernières années.

I.1.2.Situation au Maroc

Comme beaucoup de pays africains, le Maroc n'est pas encore dans la phase de stabilisation de la maladie. De 1986 à 2011 on a assisté à une multiplication par 10 du nombre de cas de VIH dépistés avec 6194 cas cumulés dont 494 pour l'année 2011 (Figure 1).

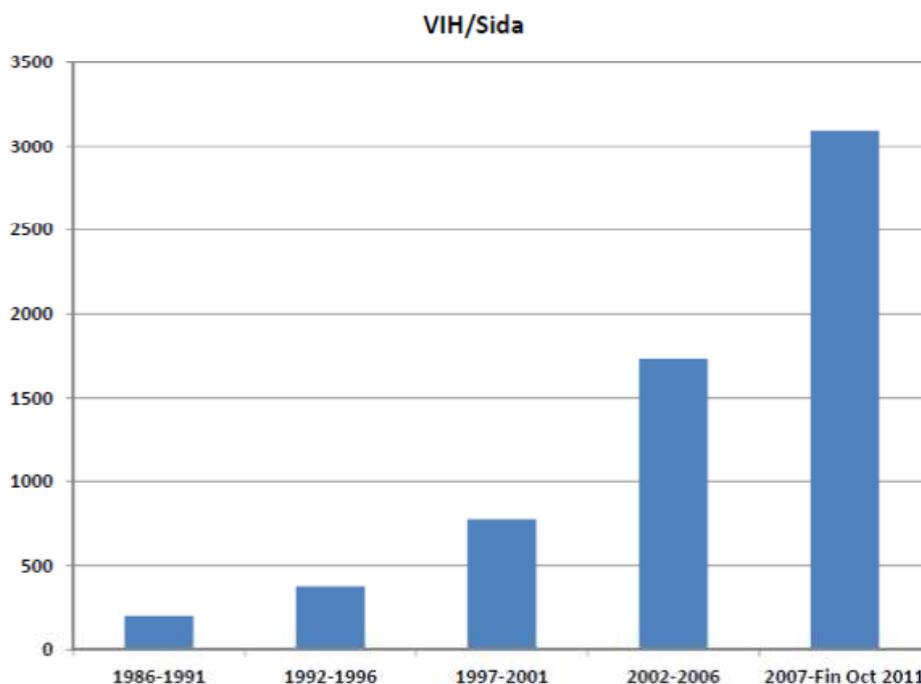


Figure 1 : Cas cumulés de VIH au Maroc de 1986 à 2011.

La tranche d'âge la plus touchée dans le Royaume est celle des jeunes et des adultes de moins de 40 ans. La transmission hétérosexuelle est la plus répandue avec 85% des cas au plan national et 81 pour la région de MarrakechTensift Al Haouz (MTH)[9] (Figure 2).

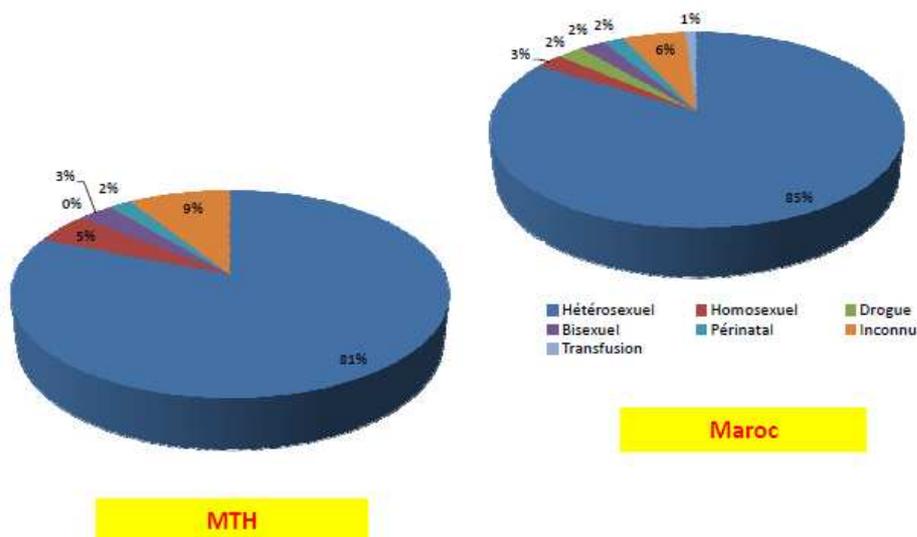


Figure 2 : Mode de transmission de l'infection VIH (Maroc versus Marrakech).

Un communiqué du ministère de la santé a relevé un taux de prévalence faible (0,08%) au sein de la population générale. Toutefois, le département de la santé a reconnu des taux d'infection plus élevés parmi les populations les plus exposées au risque dans certaines régions. D'après le rapport 2009 de l'ONUSIDA, le taux d'infection est le plus élevé chez les utilisateurs de drogues et les homosexuels au Maroc, avec respectivement une prévalence estimée à 6,5% et à 4% précédant les professionnels du sexe avec une prévalence à 2,5% [10].

Néanmoins, la féminisation de cette épidémie reste le caractère principal de la situation au Maroc [11,12]. En 2009, la part des femmes était de 48%. Entre 2000 et 2004, le pourcentage de celles atteintes du VIH était de 40% alors qu'entre 1986 et 1990, elles ne représentaient que 18%, soit une augmentation de plus du double et en 2010 il a atteint les 52%.

Certaines régions sont plus concernées que d'autres par l'infection à VIH. Les statistiques de 2010 montrent que la région du Souss Massa Daraâ est la plus exposée à ce fléau (25% des cas) suivi par Marrakech Tensift Al Haouz la deuxième région la plus touchée (20%) avant le Grand Casablanca (12%) (Figure 3).

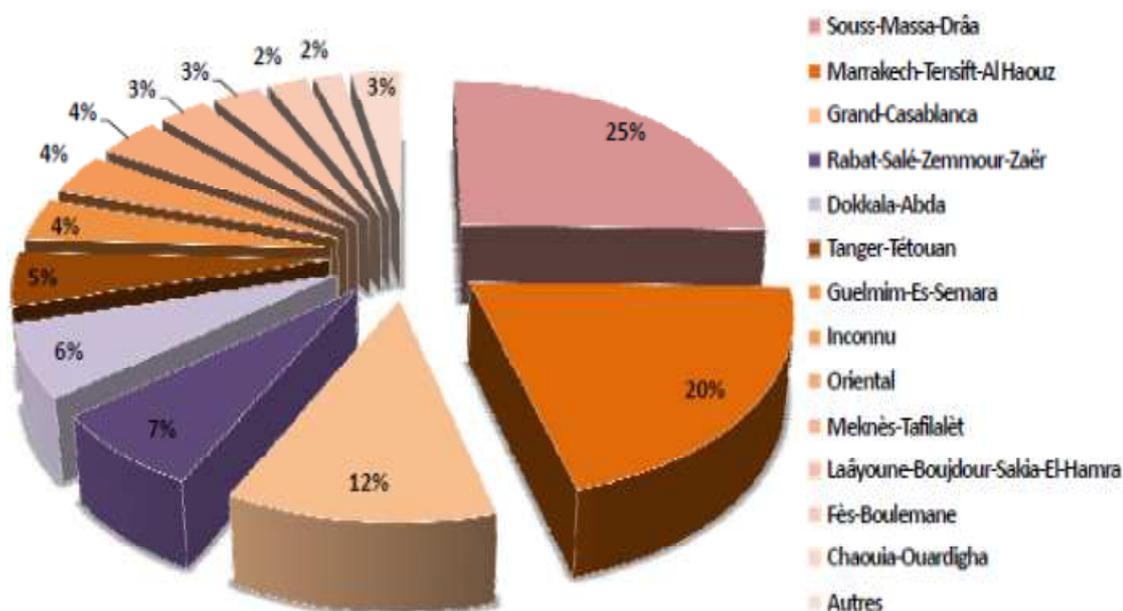


Figure 3 : Répartition des cas de VIH par régions de 2006 à 2010.

Cependant, force est de reconnaître que des efforts sont fournis, même si le combat n'est pas encore gagné. Actuellement, 2500 personnes vivant avec la maladie sont prises en charge dans les hôpitaux publics et centres hospitaliers universitaires où le traitement est distribué gratuitement [10]. Bien que le Maroc ne soit pas encore dans sa phase de stabilisation de l'épidémie avec une meilleure prévention et un plus grand accès au traitement, il y'a quand même un petit intérêt pour la qualité de vie des malades qui font de plus en plus les frais d'une grande stigmatisation.

I.2. Problématique

Pendant longtemps la préoccupation de la communauté scientifique et des patients a été la recherche d'un traitement permettant la guérison de la maladie. Cet objectif n'étant toujours pas atteint, il n'en demeure pas moins aujourd'hui qu'il existe des traitements permettant de maintenir les patients en vie. Ainsi devant l'apparition de ces traitements efficaces mais non curatifs et non dénués d'effets secondaires, il paraissait opportun de s'intéresser à la qualité de vie des malades.

Il s'agit désormais de réduire les handicaps liés à cette maladie de plus en plus considérée comme une maladie chronique touchant tous les domaines de l'existence individuelle et sociale, que ce soit par le retentissement physique et psychologique de la maladie, la vie affective et sexuelle, par les difficultés de l'insertion sociale et professionnelle, ou plus généralement par une mise en cause plus ou moins radicale des conditions de vie et de la place dans la société de la personne atteinte. Le caractère chronique de la maladie et les contraintes du suivi et du traitement pèsent lourdement sur le quotidien des personnes vivant avec le VIH, frappées par la maladie souvent très tôt dans l'âge adulte, brouillant les projets de vie et d'insertion sociale jusque dans leurs aspects les plus intimes. L'attention se porte ainsi sur l'élaboration et la signification de la reconstruction et de la quête identitaire des malades [13]. Les temps de la maladie sont des temps d'expérience subjective et la reconnaissance

progressive de la charge psychosociale de cette dimension se traduit de plus en plus dans l'expansion de la notion de qualité de vie (QdV) [14].

I.3. Justification de l'étude

Cette étude sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH sera la première conduite dans la ville de Marrakech. A l'échelle du Maroc les recherches ne sont pas non plus exhaustives dans ce domaine même s'il existe un intérêt à ce sujet. En 2010 un aspect de cette qualité de vie à savoir la qualité de vie sexuelle des patients séropositifs a fait l'objet d'une étude au service des maladies infectieuses du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca par M. El Fane et al [15].

De ce fait, cette étude revêt une importance indéniable pour témoigner de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH à Marrakech et proposer des solutions pour l'améliorer.

Nous nous attèlerons à comprendre et identifier dans notre contexte les besoins et les préoccupations de ces personnes vivant avec le VIH ainsi que les obstacles auxquels elles se heurtent. Dans cette société musulmane désormais ouverte sur le monde et surtout à la civilisation occidentale, une telle analyse psychosociale est indispensable à l'échelle de la population générale mais encore plus chez les patients vivant avec le VIH victimes de discrimination et de stigmatisation.

I.4. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'évaluer la qualité de la vie des personnes vivant avec le VIH au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech. Plus précisément, elle vise à:

- Evaluer l'impact physique, psychologique, du niveau d'indépendance, de la relation sociale, de l'environnement et de la spiritualité / religion / des convictions sur la qualité de vie.
- Déterminer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et recevant un

traitement antirétroviral hautement actif (HAART)

- Déterminer l'impact sociodémographique, du sexe, de l'âge, du statut matrimonial, de la notion d'infection à VIH parmi les proches et de la profession sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.



II. PATIENTS & METHODES

II. 1. Notion de qualité de vie et choix du questionnaire

Nous avons effectué une revue de la littérature nous permettant de comprendre l'émergence de cette notion de qualité de vie et des moyens existants pour l'évaluer.

Le concept de qualité de vie apparu en 1947 aux Etats unis peut paraître simple, tant il est intuitif et banalisé [16]. L'Organisation mondiale de la santé a proposé, en 1997, comme définition de la qualité de vie: « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Cette approche globale qui focalise l'attention sur le point de vue des patients est au cœur des projets et des difficultés des travaux dans ce domaine. Elle ouvre l'évaluation à une contextualisation symptomatique, thérapeutique, sociale et psychosociale aussi rigoureuse que possible et oriente le travail des chercheurs vers un effort d'objectivation des subjectivités dans l'expérience de la maladie (figure 4).

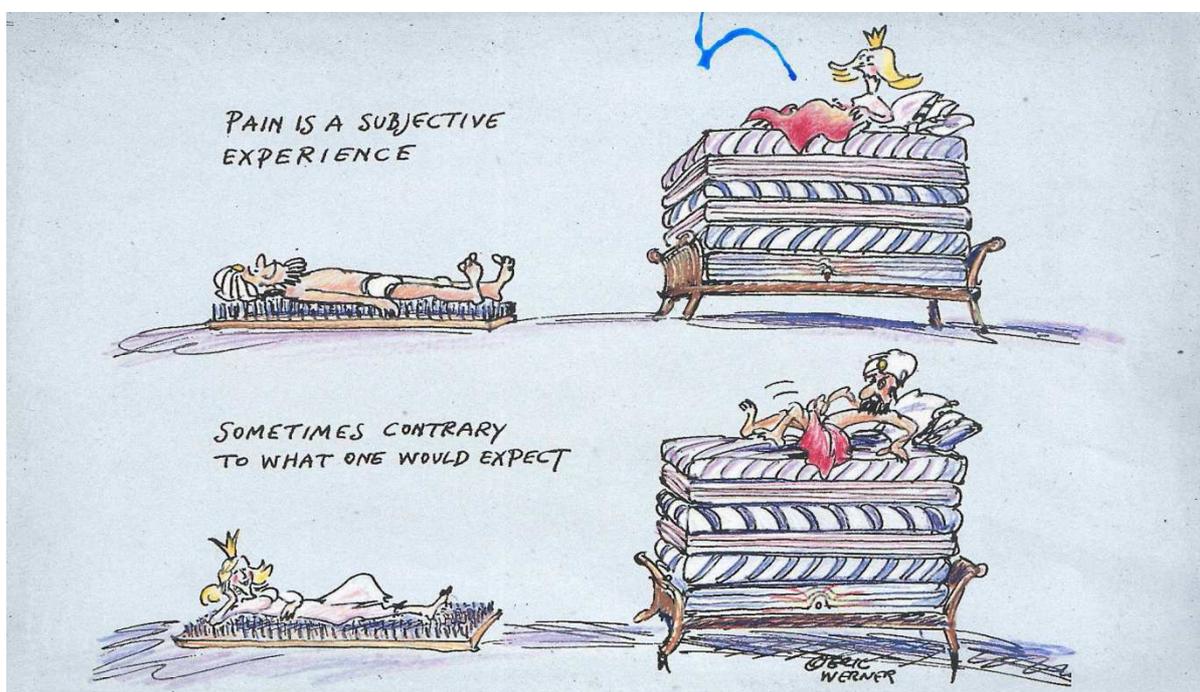


Figure 4 : Caractère subjectif de la qualité de vie

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie :

- L'entretien psychologique (évaluation qualitative) qui permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients: difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et le coût élevé.
- Les outils psychométriques (évaluation quantitative), constitués d'échelles ou de questionnaires (auto- ou hétéro-évaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la QdV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser [17].

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques utilisés pour des études ayant un caractère plus général et les questionnaires spécifiques utilisés pour des symptômes (douleur, sommeil) ou pour des maladies bien précises. La méthodologie de mise au point des questionnaires répond à des critères précis. Comme tout instrument de mesure, les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométriques : critères de validité permettant de juger de la pertinence de l'outil de mesure, de la fiabilité, de la sensibilité au changement. Des tests statistiques particuliers permettent de vérifier ces propriétés [17].

Pour ce qui concerne l'infection à VIH, la disponibilité d'une thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) signifie que cette infection est devenue une maladie chronique gérable à long terme nécessitant un traitement et des soins. Par conséquent, optimiser la qualité de vie des patients est maintenant l'objectif principal des soins et stratégies de traitement pour les personnes vivant avec le VIH [18].

Il existe plusieurs façons de mesurer les bienfaits du traitement. On peut évaluer l'effet sur la quantité de virus dans le sang par la charge virale ou l'effet sur le système immunitaire par le nombre de cellules CD4. On peut aussi mesurer la diminution des symptômes ou la

diminution des décès attribuables à la maladie. Tous ces éléments sont faciles à quantifier car ils sont chiffrables. Si on veut évaluer l'impact de l'infection à VIH et de son traitement sur la qualité de vie, il faut aussi être capable de le quantifier. Comme l'enjeu de la qualité de vie est prioritaire dans toute maladie chronique, des questionnaires permettant de mieux l'évaluer ont été développés avec pour chacun des avantages et des inconvénients (Tableau I).

Un examen de la littérature sur la qualité de vie liée au VIH a montré qu'au cours des essais cliniques le FAHI (FunctionalAssessmentHIV) mis au point par Celia D. en 1996 et le MOS-HIV(MedicalOutcomesStudy HIV Health) mis au point par Wu A. en 1991 étaient les deux échelles les plus utilisées pour étudier la qualité de vie des patients vivant avec le VIH. Chacun de ces instruments peut être administré en moins de dix minutes et il y'a de nombreuses preuves de leurs excellentes propriétés psychométriques [19]. Parmi ces deux questionnaires, le plus utilisé reste le MOS-HIV [19]. Il existe une forme brève traduite en 9 langues et contenant 35 questions qui mesurent 10 dimensions de la santé. Néanmoins, sa limite est marquée par le fait qu'il s'intéresse plus à l'état de santé qu'à la qualité de vie du malade. Certains aspects importants comme le sommeil, le traitement, les effets secondaires du traitement, la religion ne sont pas évoqués alors qu'au vu de la définition de Qdv donnée plus haut on ne peut pas évoquer la qualité de vie sans parler de ces facettes.

Ainsi il y a eu l'émergence de nouveaux instruments tel que le WHOQOL-HIV (OMS, Dr. ShekharSaxena et al; 2002) comportant 120 questions et traduit dans 2 langues. Il existe aussi sous une forme courte (WHOQOL-HIV bref), la plus utilisée, comprenant 31 questions. Ce questionnaire présente l'avantage de s'intéresser à des valeurs importantes de la qualité de vie que sont l'environnement socioculturel et religieux du sujet vivant avec le VIH [20]. L'interprétation des résultats de ce questionnaire nécessite un logiciel de pointe (Statistical Package for the Social Sciences, Stata,...).

Tableau I : Exemples de questionnaires spécifiques à l'infection par le VIH

	MOS-HIV	AIDS-HAQ	HOPES	FACIT (FAHI)	HAT-QoL	MQoL-HIV	WHOQOL HIV
	Medical Outcomes Study HIV Health Survey	AIDS-Health Assessment Questionnaire	HIV Overview of Problem Situations	Functional Assessment HIV specific subscale	HIV/AIDS Targeted Quality of Life	Multidimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS	World Health Organisation's Quality of Life HIV instrument
AUTEUR	Wu A	Lubeck	Ganz PA	Cella D	Holmes WC	Smith	WHO
ANNEE	1991	1992	1993	1996	1988 (1997)	1997	2003
Nb Items	35	116	103-176	55	34	40	31
Dimensions	11	8	5	6	5	10	
	-Perception générale de la santé -Fonction Sociale -Fonction Cognitive -Douleur -Santé mentale -Energie/fatigue -Mal être physique	-Perception générale de la santé -Fonction sociale -Santé mentale -Fonction Cognitive -Energie/Fatigue -Douleur -Soucis de la maladie	-Fonction physique -Fonction psychosociale -Fonction sexuelle -Interaction médicamenteuses -interaction Vie de couple	-Physique, -familiale -social, -rapport avec le médecin, -bien-être mental -bien-être émotionnel.	-Fonctionnement global -Soucis de divulgation -Soucis de santé -Soucis financier -Satisfaction de la vie	-Santé mentale -Santé physique -Fonction social -Support social -Fonction cognitive -Situation financière -Intimité et fonction sexuelle -Soins médicaux	-Fonction physique -Santé mentale -Relation sociale -Spiritualité -Niveau d'indépendance
générique	SF-36			Functional Assessment of Cancer Treatment (FACT-G)	Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)		WHOQOL
Langues	Danois, Allemand, Anglais Français Néerlandais, Italien Portugais Espagnol		Néerlandais, Espagnol	Français	Italien, Portugais, Espagnol	Allemand, Espagnol	Français Anglais

II.2. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de travail pour cette étude est basé sur la qualité de vie et les six domaines du WHOQOL bref HIV-questionnaire version française sur lequel notre choix s'est porté pour ses bonnes propriétés psychométriques [20]. Les six domaines sont le domaine physique, psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, l'environnement et le domaine de la spiritualité/religion/croyances personnelles. Ils quantifient la qualité de vie de chaque patient en posant des questions dans chaque domaine qui se rapportent à cette qualité de vie et au bien-être du patient. A ce questionnaire un certain nombre d'informations sur le patient (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, membres de la famille infectés) et son infection (ancienneté, stade, trithérapie, niveau immunitaire) ont été rajoutées (figure 5).

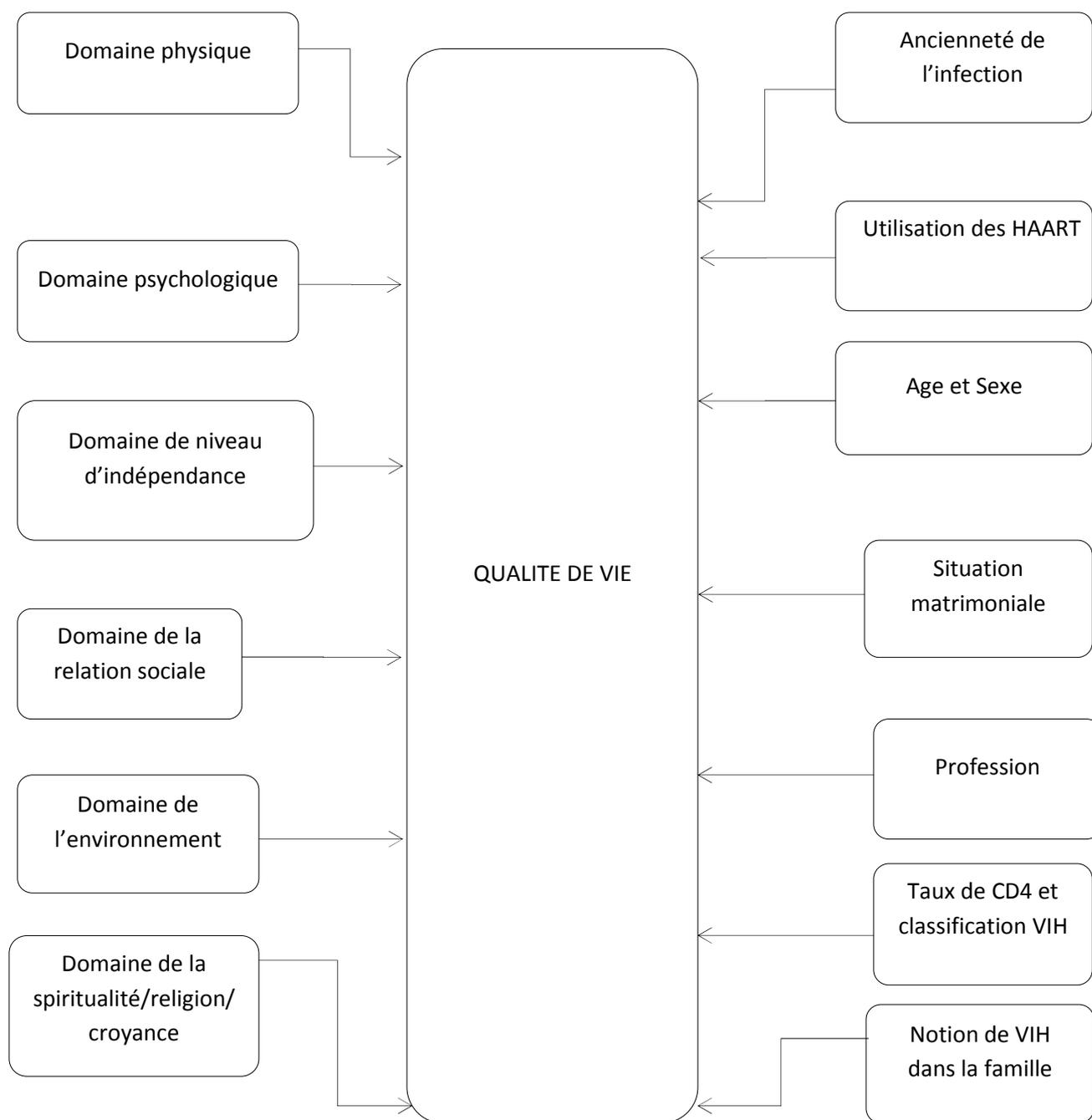


Figure 5 : Variables liées à la qualité de vie dans le questionnaire WHOQOL-bref.

II.3. Définition des variables

II.3.1. La variable dépendante

La qualité de vie (q1) est la variable dépendante dans cette étude. Elle est liée à la perception des patients vivant avec le VIH, à leur position, au système culturel, aux valeurs auxquelles ils adhèrent et ce par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et inquiétudes. Il s'agit d'une mesure de l'évaluation de la qualité de vie des patients. Elle est mesurée en demandant à chaque répondant d'évaluer sa qualité de vie à travers des questions réparties par domaine basées sur une échelle de Likert de cinq points avec 1 représentant la plus faible qualité de la vie et 5 représentant la plus haute qualité de la vie.

II.3.2. Les variables indépendantes

II.3.2.1. Domaine physique

Cette variable se réfère à la mesure globale de quatre sous-dimensions. Ce sont les douleurs et l'inconfort physique, l'énergie et la fatigue, le sommeil et le repos et enfin la gêne générée par l'infection à VIH chez le patient. Elles sont mesurées en demandant à chaque participant d'indiquer son évaluation de chaque élément sur une échelle de Likert de cinq points avec 1 représentant les sentiments les moins positifs et 5 représentant les sentiments les plus positifs. Les sentiments négatifs formulés comme la douleur et l'inconfort sont évalués dans le sens inverse avec 5 pour le maximum et 1 pour le minimum pour pouvoir avoir toujours le meilleur score pour une bonne qualité de vie.

II.3.2.2. Domaine psychologique

C'est la mesure de l'évaluation subjective des sentiments du patient, de sa pensée et de sa capacité d'apprentissage. Il s'intéresse ainsi à son aptitude à conserver et à se rappeler des informations, son niveau de concentration, son estime de soi et de l'image de son corps, et ses

pensées négatives. Ces facettes sont mesurées sur une échelle de Likert de cinq points. Les sentiments négatifs ont été réécrits en sens inverse comme dans le domaine physique.

II.3.2.3. Domaine du niveau d'indépendance

Il se réfère à l'ampleur du soutien dont les répondants nécessitent dans l'exercice de leurs activités quotidiennes. La variable est mesurée selon les sous-dimensions suivantes : les activités de la vie quotidienne, la dépendance aux médicaments ou traitements et la capacité à travailler. Cette mesure est aussi faite sur une échelle de Likert à cinq points. La dépendance à l'égard des médicaments a été inversement recodée de telle sorte que le score le plus élevé note une meilleure qualité de vie.

II.3.2.4. Domaine des relations sociales

Ce domaine décrit les rapports entre les patients et leur entourage, le type de soutien dont ils bénéficient, leur satisfaction sur le plan sexuel et à l'acceptation de leur statut par leur entourage. Ses sous dimensions sont mesurées en demandant aux patients d'indiquer chaque élément sur une échelle de Likert en cinq points.

II.3.2.5. Domaine de l'environnement

Il mesure comment l'environnement contribue au bien-être du patient. La mesure se fait sur une échelle de Likert de cinq points. Les facettes mesurées sont la sécurité physique, l'environnement familial, la situation financière, les soins de santé à savoir l'accessibilité et la qualité, les possibilités d'acquisition de nouvelles connaissances et compétences, l'adhésion à des activités de loisirs et l'environnement physique (pollution / bruit / le trafic).

II.3.2.6. Domaine de la spiritualité, de la religion ou des croyances personnelles

Définit les croyances des patients et leur évaluation du risque de fin de vie. Il met l'accent sur le pardon et le blâme, les préoccupations quant à l'avenir et la mort. L'évaluation se fait sur une échelle de Likert de cinq points (voir annexe 1)

II.3.3. Les variables contrôlées

Les variables contrôlées de l'étude sont : la durée d'utilisation de la thérapie antirétrovirale hautement active en mois, l'âge en années absolues, l'état matrimonial, la profession, le sexe, le taux de CD4 en éléments/mm³, la classification de l'infection VIH CDC (stade A, B, C) (Annexe 3), l'ancienneté de l'infection (en mois ou en année) et la notion d'infection à VIH dans la famille (enfant, conjoint et autres).

II.4. Hypothèses

Hypothèse 1 (H1): Le domaine 1 (physique) a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 2 (H2): Le domaine 2 (psychologique) affecte la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 3 (H3): Le domaine 3 (niveau d'indépendance) a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 4 (H4): Le domaine 4 (relation sociale) affecte la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 5 (H5) : Le domaine 5 (environnement) a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 6 (H6): le domaine 6 (La spiritualité/ La religion/ Les croyances) a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 7 (H7): Le genre influe sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 8 (H8): L'utilisation des ARV a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 9 (H9): L'âge influe sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et

suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 10 (H10): Le statut matrimonial a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 11 (H11): Le statut professionnel a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 12 (H12): Le degré d'immunité représenté par le taux de CD4 a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 13 (H13): L'ancienneté de l'infection a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 14 (H14): La notion d'infection VIH dans la famille a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Hypothèse 15 (H15) : les variables indépendantes ont toutes en même temps un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

II.5. Mode et outil de collecte des données

La collecte des données s'est effectuée d'avril à août 2012 lors des consultations des personnes vivant avec le VIH au sein du service des Maladies Infectieuses du CHU Mohammed VI de Marrakech. Le questionnaire utilisé était le WHOQOL-HIV BREF traduit en arabe auquel certaines informations ont été rajoutées. Les réponses ont été recueillies par l'enquêteur et les résultats ont été par la suite reportés sur la version française pour la saisie et l'analyse.

La saisie du questionnaire s'est faite à l'aide du logiciel CPro sur lequel un masque de saisie a été élaboré. Une fois la saisie effectuée, nous avons corrigé les données aberrantes ainsi que les outliers afin d'avoir des données homogènes.

II.6. Etude de l'échantillon

II.6.1. Caractères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion à cette étude étaient:

- Avoir une sérologie VIH positive confirmée par le western blot et recevant les ARV,
- Etre suivi pour l'infection à VIH depuis au moins un an,
- Etre majeur (à partir de 18 ans)

Toutefois, il arrive parfois que certains patients pour diverses raisons ne puissent participer à l'enquête bien que remplissant tous les critères d'éligibilité. Dans ce cas on parle de caractères d'exclusion. Il s'agit entre autres du non consentement du patient à participer à l'étude, et des désordres psychiques sévères. Le premier caractère d'exclusion respecte le droit du patient à décliner toute participation à cette étude et le second se rapporte au fait que toute pathologie psychiatrique sévère pourrait entraver les capacités du patient à répondre de façon objective au questionnaire.

II.6.2. Echantillonnage

Une fois la population cible déterminée, nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage aléatoire simple sans quotas (hommes/femmes). Ainsi, tout patient acceptant de participer à l'enquête et remplissant les critères d'inclusion était aussitôt enrôlé lors de son passage en consultation. Ainsi 64 patients ont pu être inclus.

II.6.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'a pas été définie en amont. Néanmoins ce défaut de précision a pu être rattrapé par la suite. Notre échantillon représente 32,98 % de la population cible (194 patients) ; un pourcentage assez significatif et la méthode d'analyse (hypothèses-test de

régression) utilise la loi de Student qui donne des résultats solides qu'à partir de 32%, nous pouvons alors être confortés sur la fiabilité et le caractère significatif de notre échantillon.

II.6.4. Analyse des données

Des tableaux de fréquence ont été utilisés pour résumer les différents groupes de données, en mettant en évidence les caractéristiques de notre échantillon

En ce qui concerne nos hypothèses, à partir des calculs de fréquences obtenus (annexe 2), nous avons analysé leur impact avec la méthode de régression multiple par le modèle de Logit. La régression multiple est l'une des méthodes les plus importantes en statistique. Son but est d'étudier et modéliser la relation entre une variable réponse Y (q1 dans notre cas) et plusieurs variables explicatives (X_1, X_2, \dots, X_p). Nous avons obtenu les inférences statistiques définissant l'impact de nos différentes variables contrôlées et indépendantes sur la qualité de vie. Ces statistiques inférentielles ont été obtenues grâce au logiciel économétrique STATA.



III. RESULTATS

III.1. Résultats des statistiques descriptives

III.1.1. Répartition démographique des répondants

Soixante-quatre répondants ont été interrogés et divers paramètres ont été étudiés (Tableau II).

III.1.1.1. Sexe des répondants

Les deux sexes sont représentés dans notre étude avec un nombre sensiblement plus élevé de femme (n=33) par rapport aux hommes (n=31) (Figure 6).

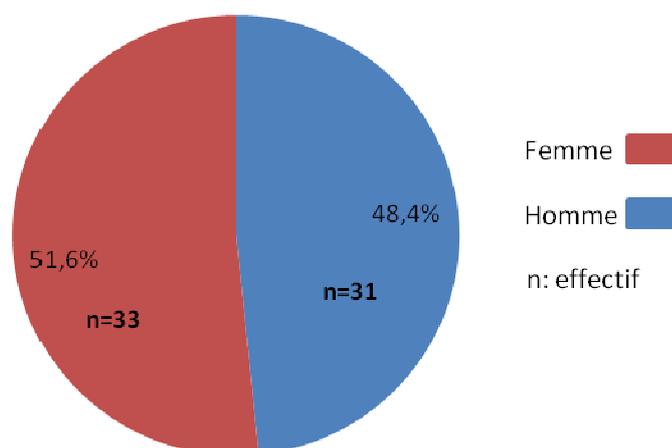


Figure 6: Répartition des répondants en fonction du sexe.

III.1.1.2. Statut matrimonial

Tous les états civils étaient représentés avec les personnes mariées (n=32) en majorité suivies des célibataires, des veufs et enfin des divorcés (Figure7).

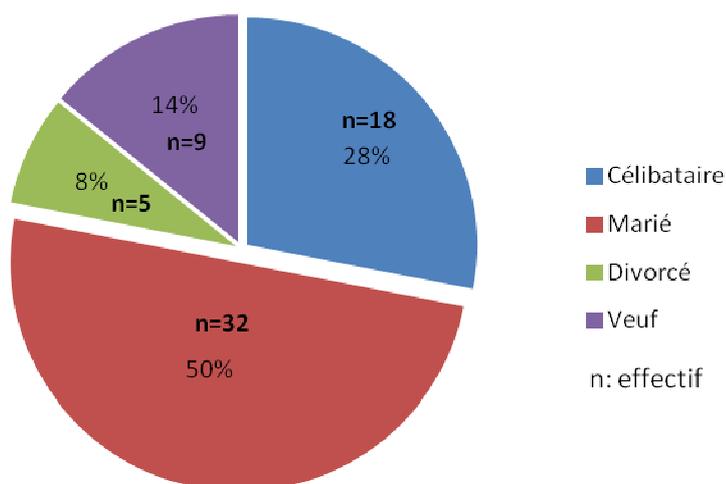


Figure 7 : Répartition des répondants en fonction de la situation matrimoniale.

III.1.1.3. Activité professionnelle des répondants

Plus de la moitié de nos répondants avaient une profession (n=34), il y avait un nombre assez disparate de professions représentées avec un grand nombre de fonctionnaires (Figure 8).

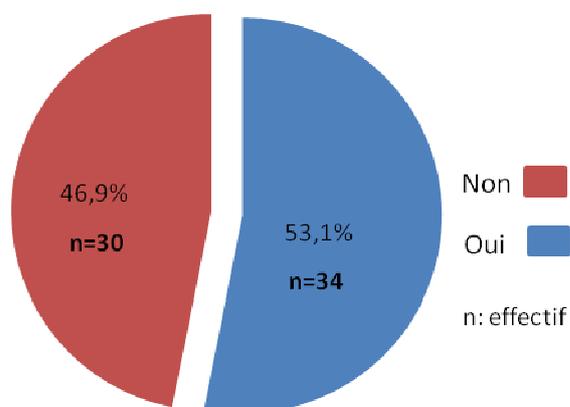


Figure 8 : Répartition des répondants en fonction de la situation professionnelle.

III.1.1.4. Age

L'âge des patients était compris entre 22ans (n=1) et 68 ans (n= 1) avec une majorité dans la tranche de 31- 40ans(Figure 9).

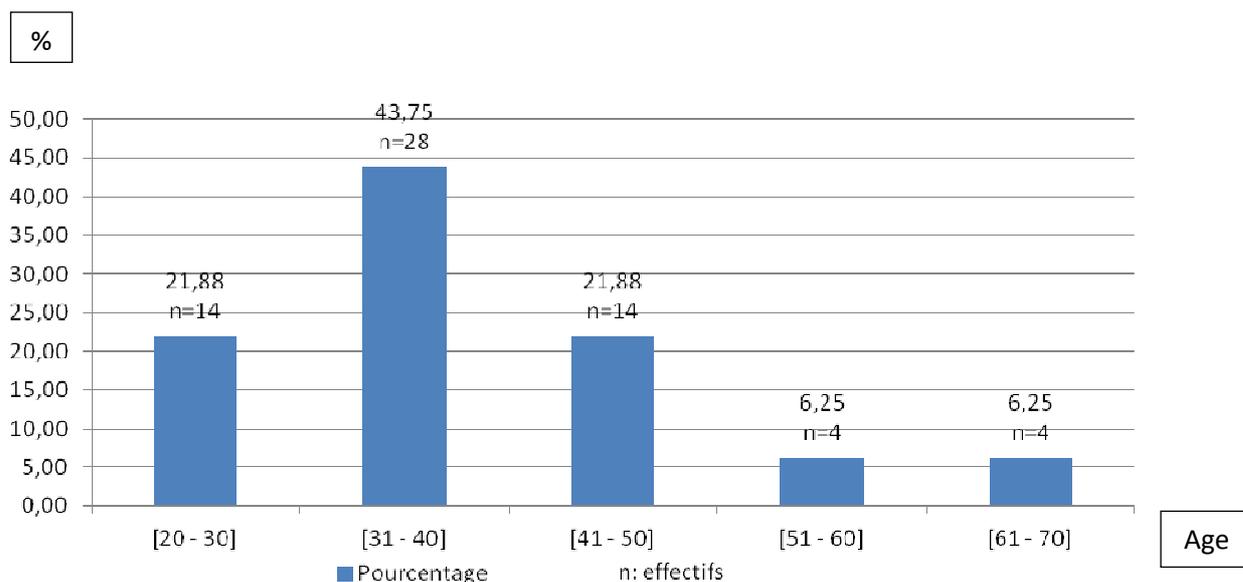


Figure 9 : Répartition des répondants en fonction des tranches d'âge.

III.1.1.5. Notion d'infection VIH dans la famille

Sur 64 patients interrogés, 24 (37,50 %) ont un membre de la famille infecté. Dans la majeure partie des cas il s'agit du conjoint (n=18) et dans les autres cas il s'agit de l'enfant (n=2) ou des deux (n=4) (Figure 10).

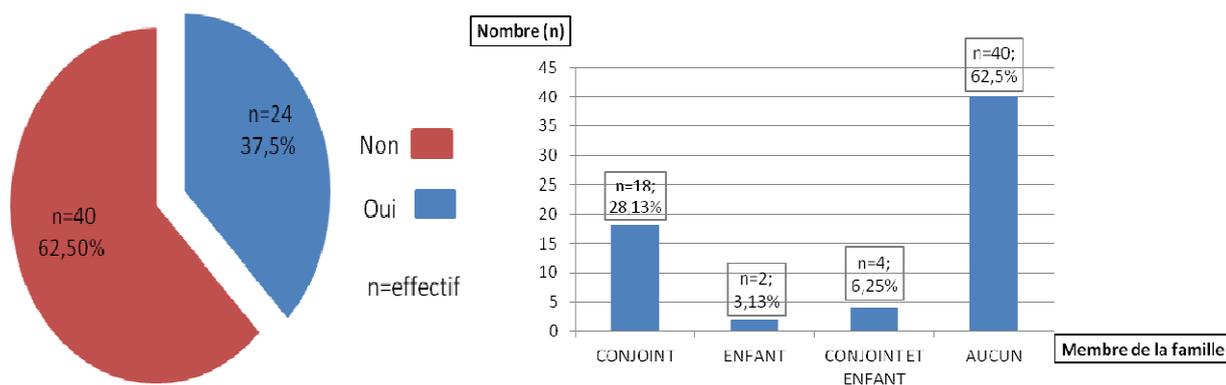


Figure 10: Répartition des répondants en fonction de la notion d'infection VIH dans la famille

Tableau II : Caractéristiques démographiques des répondants.

Variabes	Effectif (N)	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Genre			
Masculin	31	48,4	48,4
Féminin	33	51,6	100
Total	64	100	
Situation matrimoniale			
Célibataire	18	28,1	28,1
Marié	32	50	78,1
Divorcé	5	7,8	85,9
Veuf	9	14,1	100
Total	64	100	
Profession			
Oui	34	53,1	53,1
Non	30	46,9	100
Total	64	100	
Tranches d'âge			
[20 - 30]	14	21,88	21,88
[31 - 40]	28	43,75	65,63
[41 - 50]	14	21,88	87,51
[51 - 60]	4	6,25	93,76
[61 - 70]	4	6,25	100
Total	64	100	
Infection VIH dans la famille			
Oui	24	37,50	37,5
Non	40	62,50	100
Total	64	100	

III.1.2. Informations sur l'infection à VIH

Un certain nombre de variables ont été analysées (Tableau III).

III.1.2.1. Ancienneté de l'infection

La durée de leur infection varie de 12 mois au minimum et de 108 mois au maximum avec une moyenne de 15,55 mois (Figure 11).

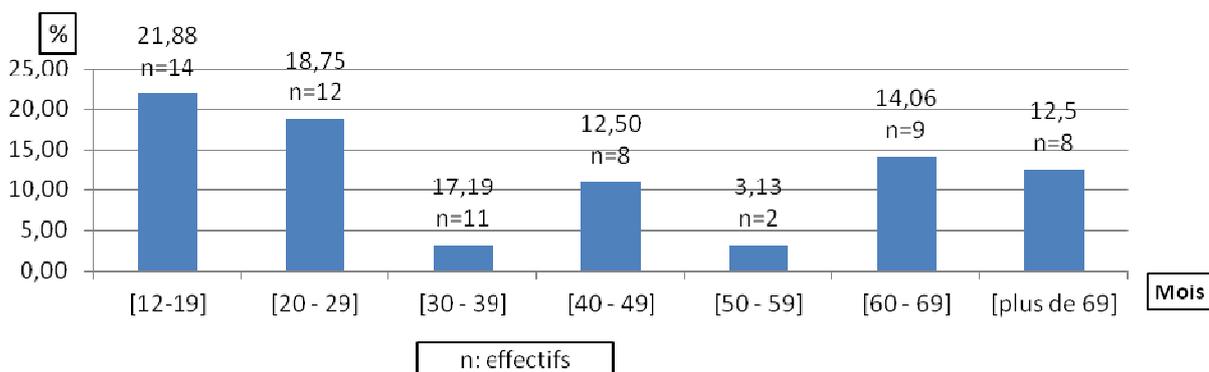


Figure 11: Répartition des répondants en fonction de l'ancienneté de l'infection.

III.1.2.2. Durée de la trithérapie

Dans notre étude la totalité des patients étaient sous ARV (N=64) depuis au minimum 1 mois et au maximum 108 mois avec une moyenne de 36,86 mois. (Figure 12)

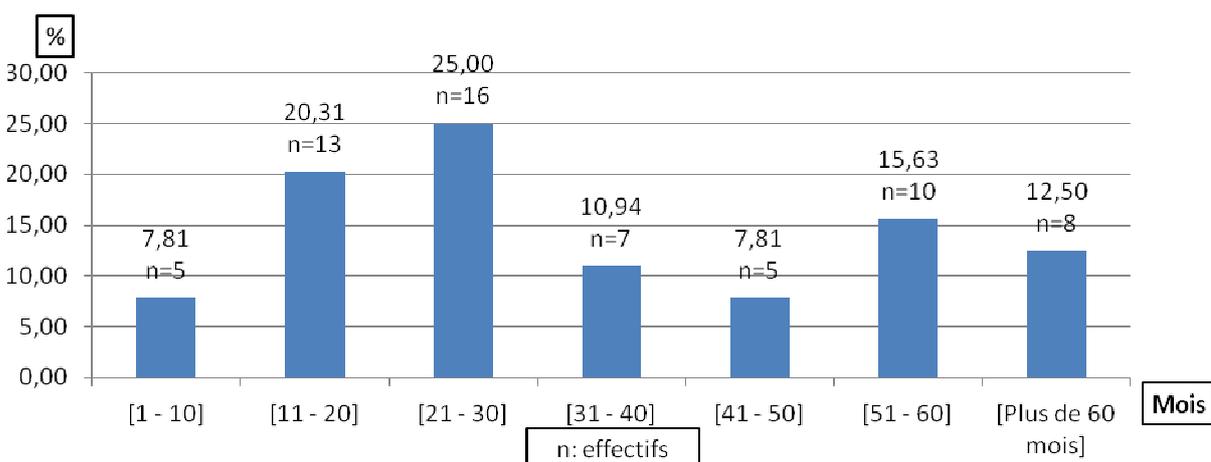


Figure 12 : Répartition des répondants en fonction de la durée de la trithérapie.

III.1.2.3. Stades de l'infection VIH

Tous les stades de la maladie étaient représentés avec une majorité équivalente à la moitié pour le stade C (n=32) (Figure 13).

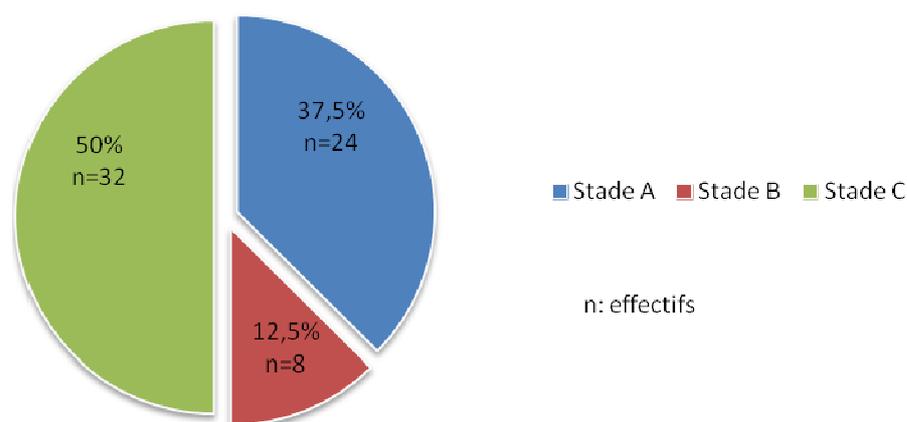


Figure 13 : Répartition des répondants en fonction des différents stades de l'infection VIH

III.1.2.4. Dernier taux de CD4

Leur taux de CD4 était en moyenne de 440,91cellules/mm³avec un minimum de 45cellules/mm³ et un maximum de 1314cellules/mm³ (Figure 14).

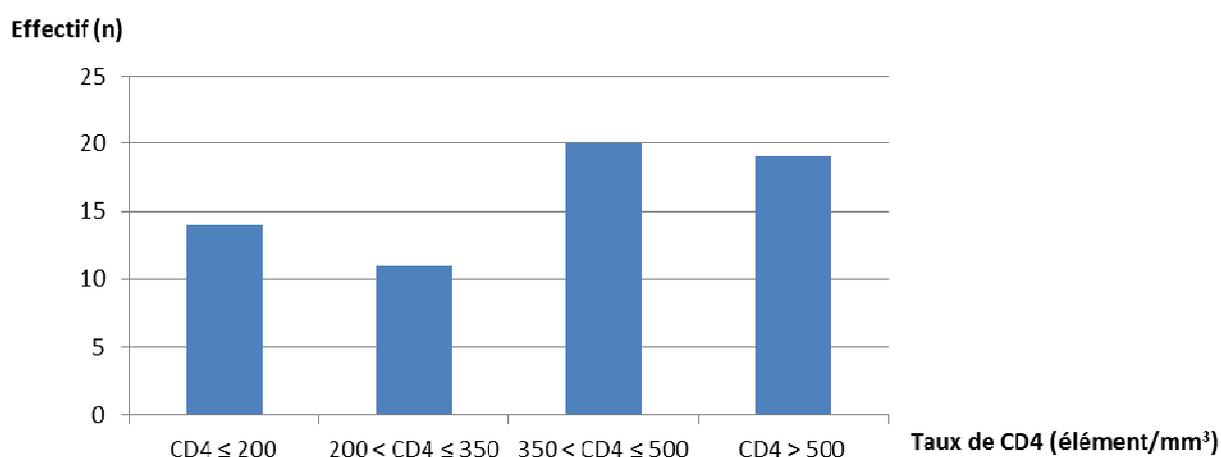


Figure 14 : Répartition des enquêtés en fonction du taux de CD4.

Tableau III : Caractéristiques de l'infection VIH dans notre étude.

Variables	N	Minimum	Maximum	Moyenne
Ancienneté de l'infection (mois)	64	12	108	15,55
Durée de la trithérapie (mois)	64	1	108	36,86
Dernier taux de CD4 (éléments/mm ³)	64	45	1314	440,91

III.1.3. Statistiques descriptives et fréquences des variables indépendantes

III.1.3.1. Statistiques descriptives

Les six domaines ou variables indépendantes ont des moyennes de scores variables. Les patients ont présenté le meilleur score en moyenne dans le domaine environnemental (M=27,8594) et le plus mauvais score en moyenne dans le domaine social (M=12,9688) (Tableau IV).

Tableau IV: Statistiques descriptives des variables indépendantes

	N	Score minimum	Score maximum	Moyenne (M)	Ecart-type
Domaine 1 (physique)	64	9,00	20,00	15,6875	,34060
Domaine 2 (psychologique)	64	8,00	25,00	18,2969	,41648
Domaine 3 (niveau d'indépendance)	64	4,00	17,00	13,8437	,27297
Domaine 4 (social)	64	7,00	20,00	12,9688	,42315
Domaine 5 (environnement)	64	17,00	38,00	27,8594	,54548
Domaine 6 (spiritualité/religion/croyance)	64	8,00	20,00	15,1406	,37788

III.1.3.2. Statistiques de fréquence

Des tableaux de fréquences (Annexe 2) des différentes réponses aux questions qui constituent le questionnaire ont été réalisés. Ils ont été par la suite regroupés par domaine avec l'application d'une cotation jointe au questionnaire par ses concepteurs (annexe 1). L'interprétation de ces calculs de fréquence n'a pas d'importance, mais ses calculs sont utilisés pour les régressions qui représentent le point d'achèvement de notre étude.

III.2. les résultats statistiques inférentielles

La régression multiple par le modèle de Logit sera la méthode statistique utilisée pour l'analyse de toutes nos hypothèses et cela grâce au logiciel STATA qui est un logiciel économétrique. La significativité des tests a été fixée à 5%, ce qui signifie alors un intervalle de confiance à 95%, rendant ainsi nos résultats plus fiables.

Sur un plan mathématique la fonction représentant l'impact de la qualité de vie des différents domaines peut s'écrire comme suit: $q1 = \beta x * Dx + \epsilon x$,

Avec : - Dx=domaine ou variable indépendante (dont la valeur est obtenue par la cotation)

- βx = notre coefficient

- ϵx = la constante de la fonction

Pour l'interprétation des résultats Il faut tenir compte de la valeur de la probabilité, $P > |Z|$, si elle est inférieure à 0,05 (qui est le seuil de confiance retenu) alors notre coefficient βx est significatif à 5% et la variable expliquée influence significativement la variable q1 (qualité de vie) par contre si elle est supérieure à 0,05 alors notre coefficient βx n'est pas significatif à 5% et la variable expliquée n'influence en rien la variable q1 (tableau V).

III.2.1. Analyse des résultats de l'hypothèse 1

Le domaine 1 qui est le domaine physique a un impact significatif sur la qualité de vie (q1) car le coefficient $\beta 1$ est significatif au seuil de 5% car $P > |Z|$ est inférieur à 0.05. On retient donc l'hypothèse H1 qui est : le domaine physique a un impact sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

III.2.2. Analyse des résultats de l'hypothèse 2

Le domaine 2 relatif au domaine psychologique a un impact significatif sur la qualité de vie (q1) car $P > |Z|$ inférieur à 0.05. On retient donc l'hypothèse 2.

III.2.3. Analyse des résultats de l'hypothèse 3

Le domaine 3 relatif au niveau d'indépendance a un impact significatif sur la qualité de vie (q1) car le coefficient β_3 est significatif au seuil de 5% avec $P > |Z|$ inférieure à 0.05. On retient donc l'hypothèse 3.

III.2.4. Analyse des résultats de l'hypothèse 4

Le domaine 4 lié aux relations sociales n'a pas d'impact significatif sur la qualité de vie (q1) car la probabilité $P > |Z|$ est supérieure à 0,05. Autrement dit nous sommes en dehors de l'intervalle de confiance. On rejette donc l'hypothèse 4.

III.2.5. Analyse des résultats de l'hypothèse 5

Le domaine 5 relatif à l'environnement a un impact significatif sur la qualité de vie (q1) avec $P > |Z| = 0.003$. On retient donc l'hypothèse 5.

III.2.6. Analyse des résultats de l'hypothèse 6

Le domaine 6 relatif aux croyances a un impact significatif sur la qualité de vie (q1) car le coefficient β_6 est significatif au seuil de 5%. On retient donc l'hypothèse 6.

III.2.7. Analyse des résultats de l'hypothèse 7

Le genre n'a pas d'impact significatif sur la qualité de vie (q1) car $P > |Z| = 0,1$. On rejette donc l'hypothèse 7.

III.2.8. Analyse des résultats de l'hypothèse 8

L'utilisation des ARV n'a pas montré d'impact sur la qualité de vie car $P > |Z| = 0,68 > 0,05$. On rejette alors l'hypothèse 8.

III.2.9. Analyse des résultats de l'hypothèse 9

L'âge a un impact significatif sur la qualité de vie (q_1) car $P > |Z| = 0,048 < 0,05$. Le coefficient β_9 négatif permet de dire que plus le patient est jeune plus la qualité de vie est meilleure. On accepte donc l'hypothèse 9.

III.2.10. Analyse des résultats de l'hypothèse 10

La situation matrimoniale n'a pas d'impact significatif sur la qualité de vie (q_1) car le $P > |Z| = 0,793$. On rejette donc l'hypothèse 10.

III.2.11 – Analyse des résultats de l'hypothèse 11

La profession a un impact significatif sur la qualité de vie (q_1) car $P > |Z| = 0,037$. Le coefficient β_{11} positif permet de dire que le fait d'avoir une profession améliore la qualité de vie des patients vivant avec le VIH. On accepte donc l'hypothèse 11.

III.2.12 – Analyse des résultats de l'hypothèse 12

Le Taux de CD4 qui reflète l'état immunitaire (q_{13}) a un impact significatif sur la qualité de vie (q_1) car $P > |Z| = 0,002$. Le coefficient β_{12} positif permet de dire que plus le taux de CD4 du patient est élevé plus la qualité de vie est meilleure. On accepte donc l'hypothèse 12.

III.2.13. Analyse des résultats de l'hypothèse 13

L'ancienneté de l'infection n'a pas d'impact significatif sur la qualité de vie car $P > |Z| = 0.59$. On rejette alors l'hypothèse 13.

III.2.14. Analyse des résultats de l'hypothèse 14

L'existence d'un autre membre de la famille infecté par le VIH n'a pas d'impact significatif sur la qualité de vie car $P > |Z| = 0.990$. On rejette alors l'hypothèse 14.

III.2.15. Analyse des résultats de l'hypothèse 15

Ce test a eu pour but d'apprécier simultanément l'impact des différents domaines sur la qualité de vie. Ainsi nous pouvons dire que seul le domaine 2 relatif à la psychologie de la personne a un coefficient significatif au seuil de 5%. Les autres domaines ne sont pas significatifs. On rejette donc l'hypothèse 15 (Tableau VI).

Tableau V : Résultat des régressions multiples de l'impact des différentes variables sur la qualité de vie par le modèle de Logit.

q1	Coef.	Std. Err.	Z	P> Z	[95%Coef.interval]
Domaine 1	.4469055	.1045934	4.32	0.000	.2419039 .6519072
Domaine 2	.6708886	.1281001	5.24	0.000	.419817 .9219602
Domaine 3	.3956164	.1145197	3.45	0.001	.171162 .6200709
Domaine 4	.1424256	.0737616	1.93	0.053	-.0021438 .286995
Domaine 5	.1833763	.0617067	2.97	0.003	.0624334 .3043192
Domaine 6	.2982818	.0884047	3.37	0.001	.1250118 .4715519
Genre	-.7926133	.4814939	-1.65	0.100	-1.736324 .1510973
Age	-.962551	.4875829	-1.97	0.048	-1.918196 -.0069061
Situation matrimoniale	.0649599	.2441006	0.26	0.793	-.4143685 .5424883
Profession	.051872	.0249183	2.08	0.037	.003033 .100711
Taux de CD4 (q13)	.8272938	.2658767	3.11	0.002	.3061851 1.348403
Utilisation des ARV	.0093261	.0169543	0.67	0.689	-.1288455.0445473
Ancienneté de L'infection	.0084471	.0156643	0.54	0.590	-.0222544 .0391486
Infection VIH dans la famille	.003276	.2644032	0.01	0.990	-.5149447 .5214968

Tableau VI : Régression de l'impact simultané des domaines sur la qualité de vie par le modèle de Logit

q1	Coef.	Std.Err	Z	P> Z	[95%Coef.interval]
Domaine 1	.1519759	.1366503	1.11	0.266	-.1158538 .4198055
Domaine 2	.6057465	.1677398	3.61	0.000	.2769824 .9345105
Domaine 3	.0776131	.1347118	0,58	0.565	-.1864173 .3416434
Domaine 4	-.1167954	.1025942	-1.14	0.255	-.3178764 .0842856
Domaine 5	-.0519338	.0852718	-0.61	0.542	-.2190635 .115196
Domaine 6	.1791061	.1160777	1,54	0.123	-.048402 .4066143



IV. DISCUSSION

IV.1. Association entre le genre et la qualité de vie

Dans notre étude le sexe n'avait pas d'impact sur la qualité de vie de nos patients ($P_{IzI}=0.1 > 0.05$). Dans une autre étude, Mayo [21] n'a trouvé aucune différence entre les sexes dans la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH aux États-Unis. Les différences entre les sexes dans la qualité de la vie ne reflètent pas seulement la situation de la maladie, mais aussi la situation socio-économique de la société [20]. Ces résultats restent en accord avec les nôtres. Ces conclusions ne sont pas en accord avec d'autres études [22-24] qui ont rapporté que les femmes avaient une moins bonne qualité de vie par rapport aux hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces travaux ont été menés dans des pays d'Afrique subsaharienne (Ouganda) où la charge de la femme dans la famille est lourde et où il reste encore beaucoup d'effort à accomplir dans le domaine des droits des femmes et de leur éducation contrairement au Maroc où beaucoup d'efforts sont déployés depuis les années 2000 pour leur accorder plus de droit [25]. Cependant, l'étude menée par Chandra et al. dans le sud de l'Inde utilisant le WHOQOL-HIV120a montré le contraire avec de meilleurs résultats dans certains aspects de la qualité de vie chez la femme tel que le domaine spirituel [26].

Nous avons donc des résultats semblables à l'étude de Mayo sur la population américaine. Il est certes impossible de comparer le Maroc aux États-Unis en termes d'indice de développement humain (IDH) mais, il est important de savoir qu'avec les moteurs de développement en marche depuis quelques années au Maroc l'IDH a beaucoup progressé (0.58 en 2011 contre 0.44 en 1990) et l'égalité entre homme et femme n'en demeure pas non plus en reste [27] ce qui pourrait expliquer ces similitudes dans les résultats.

IV.2. Situation matrimoniale et qualité de vie

En ce qui concerne le statut matrimonial, nous avons démontré dans notre contexte qu'il n'avait pas d'impact sur la qualité de vie de nos répondants ($P_{IzI}=0,793 > 0,05$). Certaines études pensent le contraire. Subramanian et al. [28] dans leur étude sur l'impact psycho-social

sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH au sud de l'Inde ont montré que le statut matrimonial a un impact significatif sur la qualité de vie. Nojomis et al [29], ont donné des résultats similaires. Cependant, Tiwara et al [30] ont mené une autre étude de patients infectés par le VIH en Inde en utilisant la version indienne WHOQOL-BREF et n'ont trouvé aucune association entre l'état matrimonial et la qualité de vie. On peut aussi ajouter l'étude de Elisabete C. et al [31] sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH à Sao Paulo qui n'a pas trouvé d'impact significatif du statut matrimonial sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans cette région soutenant ainsi notre position.

IV.3. Association entre le statut professionnel et la qualité de vie

Dans notre étude la profession a un impact sur la QdV ($P=0,037 < 0,05$). 53,1% de nos répondants exercent une activité professionnelle. En effet, il n'a pas été évident au début de la pandémie pour les patients vivant avec le VIH d'envisager de travailler à cause du mal être physique causé par la maladie. Par conséquent, certains patients déjà incapables de travailler sont maintenant en mesure d'envisager la possibilité d'avoir une vie professionnelle en raison des énormes progrès scientifique liés au traitement [32–34]. Malgré ces progrès il existe beaucoup d'obstacles d'accès à l'emploi pour de nombreux malades, liés à une préoccupation sur l'état de santé futur incertain, la perte éventuelle d'avantages sociaux et la discrimination.

Historiquement de nombreuses raisons ont été évoquées dans la littérature sur les bienfaits du travail pour l'individu en général :

- La sécurité financière qui contribue à la survie et à améliorer la qualité de vie [35] ,
- L'amélioration de l'estime de soi qui contribue à améliorer la santé [36] et,
- La possibilité de créer un système de soutien social [37,38].

Les patients vivant avec le VIH ne font pas exception à cette règle. Alors qu'ils luttent pour surmonter des défis importants qui affectent leur capacité à vivre de façon autonome, retourner au travail devient un facteur important pour leur indépendance. Rabkin dans son

étude sur la dépression et l'infection à VIH a montré que les patients vivant avec le VIH ayant une activité professionnelle permanente ont moins de risque de faire une dépression que ceux qui ne sont pas en mesure de réintégrer le marché du travail [39].

La littérature montre qu'il y'a un nombre important de raisons pour favoriser l'activité professionnelle chez les patients vivant avec le VIH, on peut citer entre autre :

- L'augmentation des revenus. Le besoin 'd'argent' est souvent l'élément catalyseur de retour à l'emploi pour les personnes vivant avec le VIH. Aussi, il permet l'accès à une sécurité sociale et une mutuelle indispensable à la prise en charge de la maladie [40].
- L'augmentation de l'estime de soi. Beaucoup de gens tirent une part importante de l'estime de soi de leur emploi, l'image de soi est étroitement liée à leur travail. Le travail peut, par conséquent, contribuer à restaurer un sentiment de valeur personnelle aux patients [41].
- L'augmentation de l'interaction sociale. L'emploi est une source majeure d'interaction sociale, contrairement à l'isolement vécu par de nombreuses personnes vivant avec le VIH handicapées par leur maladie. L'emploi peut aider à réduire cet isolement [42].

Voilà tant de raisons pouvant expliquer l'impact d'une activité professionnelle sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

IV.4. Association entre l'âge et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 38,95 ans et la tranche d'âge la plus touchée était celle des personnes âgées de 31 à 40 ans témoignant du jeune âge de personnes vivant avec le VIH suivies dans notre service. Ces chiffres sont semblables à ceux présents à l'échelle nationale reflétant le jeune âge de la population touchée par l'infection à VIH au Maroc.

Notre étude a montré que l'âge a un impact significatif sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Mohammed VI de Marrakech. Ce résultat correspond à celui obtenu dans bien d'autres études. Une étude réalisée en Iran sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH utilisant la version perse du questionnaire WHOQOL-HIV 120 a montré une meilleure qualité de vie dans tous les domaines de la vie chez les patients de moins de 35 ans par rapport à ceux qui sont plus âgés [42]. Dans une autre étude Kalichman et al [43] ont montré que les patients âgés de plus de 45 ans présentaient des signes plus importants de détresse émotionnelle et de pensées de suicide. Ouvrant ainsi le chapitre important du vieillissement avec le VIH. Vance et al. [44] dans leur étude prennent en considération le fait que les adultes de plus de 50 ans constituent aujourd'hui une nouvelle population croissante de personnes vivant avec le VIH. Leur étude a consisté à examiner la difficulté des personnes vivant avec le VIH à faire face au processus de vieillissement. Tout d'abord, ces personnes sont confrontées à une plus grande vulnérabilité lors de l'exposition à certaines maladies résultant du processus de vieillissement et de l'utilisation prolongée des ARV. Ainsi certaines maladies telles que l'ostéoporose étudiée par Olmos et González-Macías sont plus fréquentes chez les patients vivant avec le VIH que dans la population générale [45]. Pour eux il est envisageable qu'avec l'âge croissant des patients vivant avec le VIH qui étaient auparavant plus jeunes, il y aura une augmentation de l'incidence des fractures, entraînant un impact négatif sur la qualité de vie. En outre, les changements morphologiques peuvent conduire à une baisse de l'estime de soi. L'isolement sociale habituel dont sont victimes les personnes âgées peut être aggravé par l'infection et peut être accompagné d'une crainte de stigmatisation et d'un manque de communication [45].

IV.5. Association entre la notion d'infection VIH dans la famille et la qualité de vie

Notre étude n'a montré aucun impact de l'existence d'un autre membre de la famille infecté par le VIH sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ($P_{I2I}=0,990 > 0,05$).

Après une revue de la littérature nous n'avons trouvé aucune étude sur l'impact de la notion d'infection VIH dans la famille sur la qualité de vie des personnes vivants avec le VIH. Cependant un grand nombre d'études traitent de l'impact négatif qu'a l'infection VIH sur la structure familiale des personnes vivant avec le VIH [46,47] et sur les enfants en particulier [48,49].

L'absence d'impact de la notion d'infection à VIH dans la famille sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH peut s'expliquer dans notre cas par le faible nombre d'infection dans la famille (37,5%) recensés dans notre échantillon.

IV.6. Association entre l'utilisation d'une multithérapie, l'ancienneté de l'infection et la qualité de vie

Dans notre étude nous avons en réalité fait une comparaison entre patients de l'impact de la durée de la trithérapie sur la qualité de vie de nos répondants. Celle-ci n'a montré aucun impact sur la QdV des personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Mohammed VI ($P > |Z| = 0,68$). Néanmoins nous n'avons pu nous rendre compte de l'intérêt de la trithérapie dans la vie de nos malades du fait qu'ils étaient déjà tous sous ARV et ce depuis 9 ans pour le plus ancien; ne nous donnant pas assez de recul pour nous rendre compte des effets secondaires du traitement. Pour justifier réellement du lien entre la qualité de vie de nos patients et la trithérapie :

Dans un premier cas, il aurait été intéressant de comparer la qualité de vie de nos patients, dans la phase pré et post ARV, mais malheureusement notre échantillon était composé uniquement de patients sous traitement. En effet, il est rare dans notre contexte de trouver des patients à un stade de début où la trithérapie n'est pas nécessaire et cela du fait que la plupart nos patients sont diagnostiqués à un stade tardif de l'infection (50% au stade C) (Figure 13). De nombreuses études ont montré la valeur de la multithérapie dans l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires [50–52]. Burgoyne et Tan [53] sont du même avis mais sont allés plus loin dans leur recherche en comparant la qualité de vie des patients avant et après

l'introduction des multithérapies. Ils ont trouvé qu'au finale la qualité de vie reste stable même avec l'introduction des ARV. Aussi ils affirment que la détérioration de la qualité de vie dans l'ère pré-HAART était due à la progression de la maladie et était remplacée en grande partie par les effets secondaires du traitement antirétroviral moderne après le début du traitement. Ils soutiennent leurs point de vue en se référant au fait que la qualité de vie sous HAART reste stable en dépit de la suppression de la charge virale et du renforcement du système immunitaire. Habituellement, il n'y a qu'un petit changement dans la qualité de vie au début de la multithérapie.

Dans un deuxième cas il aurait été intéressant d'évaluer sur le long cours l'impact de la durée de la trithérapie sur la QdV. Il faut savoir que notre unité de soins étant récente, nos patients sont sous traitement depuis au minimum 1 mois pour le plus récent et 9 ans pour le plus ancien (Tableau III) ce qui ne nous donne pas assez de recul pour apprécier l'impact de la durée du traitement. Aussi pour pouvoir mieux l'apprécier, il conviendrait de recueillir des données sur les effets de la trithérapie à deux ou plusieurs points dans le temps et par conséquent, faire une étude prospective serait appropriée [52].

En ce qui concerne la durée de l'infection, nous n'avons trouvé aucun impact de la durée de l'infection sur la qualité de vie des patients suivis dans notre hôpital (Tableau V). Cela est d'autant plus normal que l'ancienneté de l'infection est en étroite corrélation avec la durée de la trithérapie car la plupart des malades ont débuté leur traitement avec la révélation de leur infection. D'où des résultats similaires et une même explication que ceux évoqués pour la trithérapie.

IV.7. Association entre la qualité de vie et les facteurs biologiques

Notre étude a retrouvé un impact du taux de CD4 sur la QdV de nos répondants ; avec un $P=0.002 < 0.05$. Le taux de CD4 associé à la charge virale étant des marqueurs biologiques importants de l'infection à VIH, il est aujourd'hui difficile de parler de l'état de

santé et de la prise en charge de ces patients sans faire une corrélation entre la santé physique et ces valeurs biologiques. Dans une étude chez les femmes adultes infectées par le VIH réalisée par Rao et al. , les participants ayant un nombre de cellules CD4 supérieur à 200 éléments/mm³ ont déclaré un meilleur fonctionnement physique. Ils suggèrent également que les marqueurs biologiques peuvent être en corrélation avec la dimension physique des mesures de la QdV [54]. Dans notre analyse de la littérature, nous avons constaté que la baisse du nombre de cellules CD4 était associée à une moins bonne qualité de vie [29,31]. Inversement, les patients avec un niveau de lymphocytes CD4 supérieur avaient une meilleure qualité de vie grâce à l'amélioration des symptômes physiques, et la récupération de l'immunité [53,55]. Pour apprécier l'impact de la biologie sur la qualité de vie il aurait été intéressant d'exploiter aussi la charge virale. Cependant nous n'avons pu en faire l'interprétation car même si réalisée chez tous les malades infectés par le VIH et suivis au service, l'obtention des résultats connaît un énorme retard vu que la réalisation de cet examen biologique est centralisée à l'institut national d'hygiène à Rabat qui est le seul endroit qui traite les charges virales de tous les patients vivant avec le VIH et suivis au Maroc.

IV.8. Association entre la qualité de vie et les six variables indépendantes

Le tableau V des régressions multiples montre que les domaines physique, psychologique, le niveau d'indépendance et l'environnement ont un impact significatif sur la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech. Seul le domaine social ne présente aucun impact sur cette qualité de vie. Hasanah et al. dans leur étude ont évalué la qualité de vie des patients atteints par le VIH en Malaisie à l'aide du questionnaire WHOQOL bref et ont obtenu des résultats similaires aux nôtres dans le domaine social [56]. Une autre étude réalisée au CHU d'Ibadan a montré un faible impact du domaine social sur la qualité de vie [57]. Pour l'auteur ce faible impact reflète l'inefficacité des réseaux de soutien social, car les personnes vivant avec le VIH sont encore exposées à la stigmatisation et

à la discrimination. Cependant ce résultat reste contraire à celui observé dans la plupart des études sur la qualité de vie. Ces études évoquent en majorité un impact de tous les domaines sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH mais surtout un fort impact du domaine social [58,59].

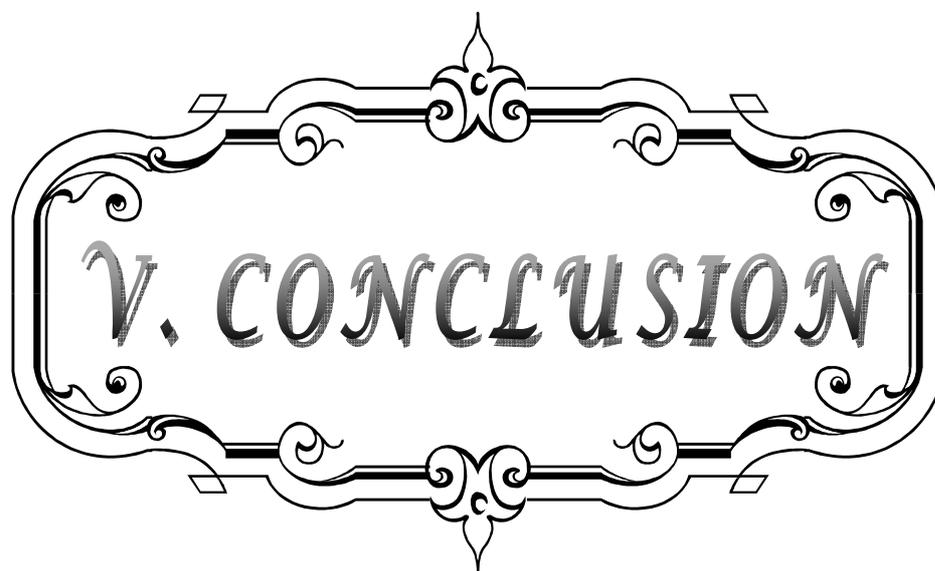
Une sous dimension de ce domaine à savoir la sexualité est un enjeu majeur de la qualité de vie. La sexualité est un élément central de la vie qui ne s'arrête pas après une infection par le VIH. Après un temps d'arrêt, la plupart des malades souhaitent revenir à une vie sexuelle normale. Bâtir une relation amoureuse tout en appréciant sa sexualité peut être assez difficile pour les personnes vivant avec le VIH. Les sentiments d'anxiété, de désespoir et de solitude sont monnaie courante [60]. Shapiro et Ray se sont tournés sur cette importante question. Ils soutiennent que la santé sexuelle est perturbée par le contexte social, culturel et économique dans lequel vivent les personnes vivant avec le VIH [61]. Une étude réalisée sur la qualité de vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH à l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca a montré que 64% des hommes inclus affirment ne pas avoir une activité sexuelle satisfaisante et 80 % rapportent des troubles sexuels, notamment un dysfonctionnement érectile; 70 % des patientes affirment ne pas avoir une activité sexuelle satisfaisante, 69 % rapportent des troubles sexuels, notamment une baisse de la libido, une anorgasmie et une dyspareunie ; 63 % des personnes interviewées utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels[15] .

Dans le questionnaire WHOQOL bref qu'on a utilisé dans notre travail, hormis la sexualité le domaine social est régi par des questions sur la relation du patient avec son entourage, l'acceptation de son statut et le soutien dont il bénéficie. La réponse à ses questions n'est donc pas très objective car la plupart du temps l'entourage des patients n'est pas mis au courant de la séropositivité VIH de leur parent et les patients ne savent donc pas quoi répondre à ses questions donnant ainsi des résultats biaisés

Notre étude nous a aussi permis de comprendre que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH était fonction de ses différents domaines sans pour autant que son

expression nécessite que toutes les conditions soit remplies dans tous les domaines à la fois (Tableau VI) sauf pour le domaine psychologique qui lui exprime un grand impact .

Tous ces résultats de régression qui ont une forte explication sur un plan statistiques doivent aussi être mis dans le cadre clinique. Ils doivent se traduire en pratique par le fait que les médecins, les infirmières, et les autres professionnels au service des personnes vivant avec le VIH doivent prêter attention à la santé physique, psychologique et émotionnel des patients, à leur nécessité d'indépendance, à l'environnement dans lequel ils vivent et à leur besoins en matière de développement spirituel. Les domaines de la relation sociale et du niveau d'indépendance montrent des scores moins forts en corrélation avec une meilleure qualité de vie (tableau IV). Par conséquent, il faut une sensibilisation aux préoccupations des personnes vivant avec le VIH en matière d'acceptation, de capacités sexuelles et de soutien reçu de leur entourage. Ces éléments auront un impact crucial dans l'amélioration de leur qualité de vie. Dans les domaines de l'indépendance et de la spiritualité, il sera impératif d'améliorer la capacité du patient à travailler et ses performances dans les activités de la vie quotidienne, et sonder la signification qu'ils attachent à la fin de vie, leurs craintes au sujet de l'avenir et leurs inquiétudes face à la mort. Le domaine psychologique doit aussi être pris en considération. Aux Etats Unis la proportion de pathologies psychiques est sensiblement plus élevée chez les patients vivant avec le VIH que dans la population générale [62]. Dans une analyse croisée approfondie de 35 études (26 articles) portant sur des populations initialement en bonne santé et 35 études (28 articles) sur des populations malades, Chida et Steptoe [63] ont pu montrer que le bien être psychique pouvait être associé à une réduction de la mortalité à la fois chez les personnes en bonne santé et chez les malades et en particulier chez ceux vivant avec le VIH.



V. CONCLUSION

Des progrès considérables ont été accomplis en ce qui concerne la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le VIH. Les progrès dans le domaine de la QdV n'ont jamais été aussi poussés. Depuis que l'infection VIH semble se trouver dans le tourbillon des maladies chroniques, les personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Mohammed VI de Marrakech ont vraisemblablement besoin comme tous les patients vivant avec le VIH dans le monde de lutter contre ses effets négatifs. Par conséquent, il est important de leur permettre de faire face avec succès, à la détérioration de leur état physique, à la déficience psychologique, à la dépréciation sociale et aussi de se préparer à un vieillissement réussi. Il est encore nécessaire de réduire la stigmatisation et de créer un climat social plus favorable. D'autre part l'amélioration du traitement médical et l'élimination des effets secondaires dramatiques sont encore essentielles pour améliorer la qualité de vie. Mais tout aussi importante que l'amélioration du traitement médical, la promotion du bien-être psychosocial l'est aussi. Comme il a été montré dans la littérature, le bien-être psychique peut avoir un grand impact sur la qualité de vie et la santé. Une plus large utilisation d'interventions psychosociales semble être fortement recommandée [63]. Considérés comme «exotiques», des sujets comme la spiritualité et la sexualité doivent également être pris en considération par les professionnels de santé parce qu'ils contribuent de manière significative à améliorer la qualité de vie.



VI. RECOMMANDATIONS

Les médecins et tout le personnel de sante prenant en charge des personnes vivant avec le VIH devraient accorder une plus grande attention à la relation sociale qui montre une moins bonne corrélation positive avec la qualité de vie. Il sera important d'évaluer périodiquement cette relation avec l'entourage et le désir du patient d'associer ses proches à ce « secret » souvent lourd à porter. Nous devons être capables d'aborder avec aisance le sujet de la sexualité qui reste encore tabou alors que nos malades ont des attentes de plus en plus grandes dans ce domaine qui retenti sur leur qualité de vie.

Les décideurs politiques doivent plancher sur la mise en place de ressources supplémentaires nécessaires pour lutter contre la stigmatisation et à la discrimination, et sur l'amélioration de la capacité des patients vivant avec le VIH à accéder à l'emploi.

A notre niveau cette étude nous ouvre des voies vers d'autres études tel qu'une étude prospective menée pour évaluer l'avantage potentiel de l'utilisation de la trithérapie chez les personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Mohammed VI de Marrakech mais aussi la mise au point d'un questionnaire validé en langue arabe qui tiendra compte de toutes les caractéristiques socioculturelles de notre population marocaine.



VII. RESUMES

Résumé

Objectif: Malgré l'utilisation croissante de la notion d'évaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses régions du monde, une étude de ce genre n'a jamais été réalisée à Marrakech et non plus à l'échelle du Maroc. Par conséquent, l'objectif de cette étude était de déterminer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et suivies au CHU Mohammed VI de Marrakech. **Patientset méthodes:** Une étude transversale s'est déroulée au service des maladies infectieuses du CHU Mohammed VI entre avril et août 2012. Soixante-quatre patients, tous sous ARV ont été enrôlés. Le questionnaire utilisé était le WHOQOL-bref traduit en arabe. Le traitement statistique de ces informations a nécessité l'utilisation de deux logiciels: CPro pour le dépouillement des données et STATA pour leur analyse. Les résultats ont été considérés significatifs si $P > 0.05$. **Résultats:** L'âge, la profession, le taux de CD4 ainsi que la plupart des domaines spécifiques de la qualité de vie à savoir les domaines physique, psychologique, le niveau d'indépendance, l'environnement et la spiritualité ont un impact significatif sur la qualité de vie. Cependant, le domaine social, la situation matrimoniale, la prise d'une trithérapie, l'ancienneté de l'infection et la notion d'infection VIH dans la famille n'ont pas de corrélation avec la qualité de vie. **Discussion :** L'absence d'impact du facteur social sur la qualité de vie n'est pas en accord avec la plupart des études menées sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines questions relatives à ce domaine portaient sur l'acceptation et le soutien de l'entourage, questions auxquelles une grande partie des patients n'ont pu répondre du fait du non dévoilement de leur sérologie à l'entourage. Toutefois Les autres facteurs sont pour la plupart en adéquation avec la littérature. Néanmoins la mauvaise corrélation des effets secondaires du traitement antirétroviral avec la qualité de vie bien qu'étant en accord avec les travaux existant sur le sujet est une question nécessitant une étude plus approfondie dans notre contexte afin de déterminer les raisons de cette absence d'impact. **Conclusion:** les personnes vivant avec le VIH ont besoin de lutter contre les effets négatifs de la maladie. Par conséquent, il est important de leur permettre de faire face avec succès, à la détérioration de leur état physique, à la déficience psychologique, à la dépréciation sociale et aussi de les préparer à un vieillissement réussi. Il est encore nécessaire de réduire la stigmatisation et de créer un climat social plus favorable.

Mots clés: Qualité de vie–Personnes vivant avec le VIH–WHOQOL–bref.

Summary

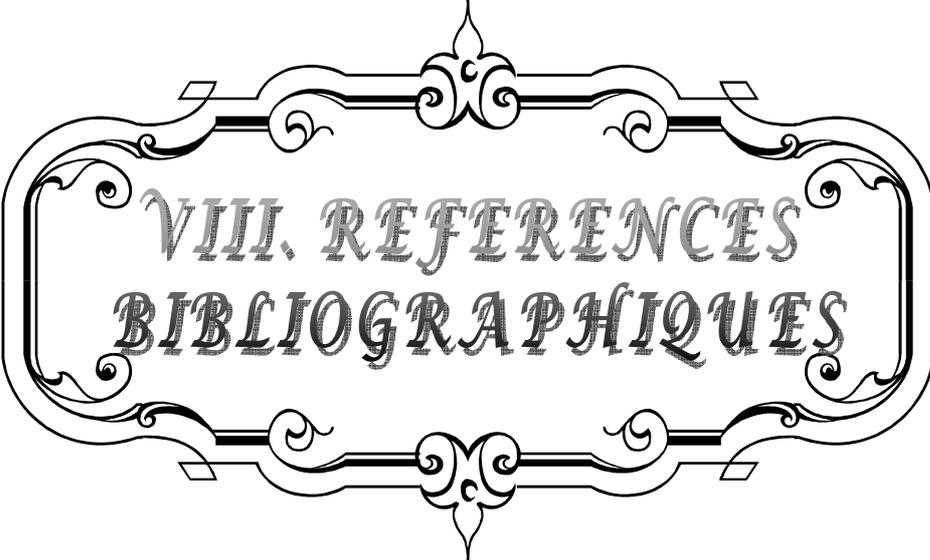
Objective: Despite the increasing use of concept of evaluation of the quality of life of people living with HIV in several regions of the world, a study of the kind has never occurred in Marrakech or anywhere else across Morocco. Therefore, the goal of this study is to determine the quality of life among people living with HIV who are being taken care of at the university hospital Mohammed VI of Marrakech. ***Patients and methods:*** A cross-sectional study was conducted at the department of infectious diseases at the university hospital Mohammed VI between april and august 2012. Sixty four patients were enrolled and all of them were under ARV treatments. The questionnaire used was WHOQOL-BREF translate in Arab. The statistical handling of these data required the use of two software: CPro for the perusal of the data and STATA for the analysis. The results will be considered significant if $P > 0.05$. ***Results:*** The age, the profession, the level of CD4 as well as most of the aspects related to the quality of life such as the physical, the psychological, the level of independence, the environment and the spirituality all have significant impacts on quality of life. However, the social level, the marital status, being under HAART duration of infection and thenotionof HIV infectionin the familyare not correlated to the quality of life. ***Discussion:*** The nonexistence of any social impact on the quality of life is not in consistent with most studies on the quality of life of people living with HIV. This could be explained by the fact that some issues in this area focused on acceptance and the support of the surrounding. Most patients were unable to answer these questions due to the fact that they did not disclose their status to their surroundings. However other factors in most cases are in line with earlier publications. Nevertheless, the poor correlation between the side effects of antiretroviral treatments and the quality of life although in accordance with the existing studies on the subject is an issue requiring further research in this perspective to determine the reasons for this lack of impact. ***Conclusion:*** People who live with HIV need to fight against these negative effects of disease. Therefore, it is important to help them to cope successfully to the deterioration of their physical condition, psychological impairment and social depreciation and also prepare them to age successfully. It is still necessary to reduce stigma and create a more favorable social environment.

Keywords: Quality of life–people living with HIV –WHOQOL–brief.

ملخص

الهدف : على الرغم من الاستخدام المتزايد لمفهوم جودة حياة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في أجزاء كثيرة من العالم، فإنه لم يتم إنجاز دراسة من هذا النوع في مراكش ولا في المغرب. ولذلك، كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد جودة حياة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والمتابعين بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. **مرضى ومناهج :** أجريت دراسة مقطعية في قسم الأمراض التعفنفة بالمستشفى الجامعي محمد السادس بين أبريل و غشت 2012 وضمت أربعة وستين مريضاً كلهم يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. وقم تم استخدام استبيان تقييم الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية والمترجم إلى اللغة العربية. العلاجات الإحصائية لهذه المعلومات تطلبت استعمال نوعين من البرمجيات CSIRO لتجريد البيانات و STATA لتحليلها. تعتبر النتائج مقبولة إذا كان $P < 0.05$. **النتائج :** العمر والمهنة ومعدل CD4 وكذا أغلبية المجالات الخاصة بجودة الحياة كالمجالات الجسدية والنفسية ومستوى الاستقلال والبيئة وتأثير القيم الروحية لها والحالة الاجتماعية وأخذ العلاج الثلاثي (HAART)، وأقدمية المرض وإصابة شخص آخر بفيروس نقص المناعة في الأسرة ليس لهم تأثير على جودة الحياة. **مناقشة :** عدم وجود تأثير للعوامل الاجتماعية على جودة الحياة لا يتفق مع معظم الدراسات التي أجريت على جودة حياة المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن تفسير ذلك بكون الأسئلة المتعلقة بهذا المجال تتمحور حول تقبل ودعم المحيط للمريض، أسئلة لم يستطع الإجابة عنها العديد من المرضى لأنهم يخفون مرضهم عن المحيطين بهم. ومع ذلك، فالعوامل الأخرى في مجملها مع اتفاق مع الدراسات الأخرى. مع ارتباط الآثار الجانبية للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية مع جودة الحياة على الرغم من أنها مع اتفاق مع الأعمال الموجودة حول الموضوع هي قضية تتطلب مزيداً من الدراسة في هذا السياق لتحديد أسباب هذا النقص في التأثير. **خلاصة :** الناس الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة البشرية بحاجة لمحاربة الآثار السلبية للمرض. ولذلك، فمن المهم إتاحة الفرصة لهم للتعامل بنجاح مع تردي حالتهم الجسدية، وعجزهم النفسي، وضعف قيمتهم الاجتماعية و شيخوخة بطريقة جيدة. فإنه لا يزال من الضروري الحد من وصمة العار وخلق مناخ اجتماعي أكثر ملاءمة.

الكلمات الأساسية : جودة الحياة – الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية – التقييم المختصر لجودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.



VIII. REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références (par ordre d'apparition dans le texte).

1. **ONUSIDA.**
Rapport international, 2010.
http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_fr.pdf consulté le 15 mars 2012.
2. **Curran JW, Jaffe HW, Hardy AM, Morgan WM, Selik RM, & Dondero TJ.**
Epidemiology of HIV infection and AIDS in the United States.
Science 1988; 239 (4840): 610-6.
3. **Brewer DD, Brody S, Drucker E, Gisselquist D, Minkin SF, Potterat JJ et al.**
Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa.
Int J STD AIDS 2003; 14 (3):144-7.
4. **Center for Diseases Control.**
Cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas.
HIV /AIDS surveillance report, 2007, 19.
<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>, consulté en avril 2012
5. **ONU.**
Assemblée générale, 2001.
<https://www.un.org/french/documents/ga/res/55/>, consulté en avril 2012
6. **WHO.**
More than four million HIV-positive people now receiving life-saving treatment.
Cent Eur J Public Health 2009; 17 (4): 178-182.
7. **Rolf R, Calle A, Jonathan E, Daniel K, France L et Srdan M et al.**
Évaluation de l'actuelle politique suisse en matière de VIH
Rapport des expert 2009; 1:6.
8. **Setbon M.**
Normalisation paradoxale du VIH.
R. franç.sociol 2000; 41 (1):61-78.
9. **Anonyme.**
SIDA au Maroc: Chiffres alarmants. Repère médical 2011; n°50.
<http://www.repere-medical.com/article-356.html>, consulté en avril 2012.

10. **Koné I.**
SIDA recul dans le monde et progression au Maroc. Yabiladi, 2009.
<http://www.yabiladi.com/articles/details/750/vih-sida-recul-dans-monde-progression.html>, consulté le 10 avril 2012
11. **Himmich H.**
Le sida se féminise au Maroc. Maroc Hebdo, 2006; n°722.
<http://www.maroc-hebdo.press.ma/index.php/component/content/article/37-recherche-archive/1949-hakima-himmich-le-sida-se-feminise-au-maroc>, consulté le 10 avril 2012
12. **Rapport VIIIème Assises nationales.**
Stigmatisation, discrimination et implication des PVVIH de l'ALCS, 2010.
<http://assises2010alcs.blogspot.com/2010/01/stigmatisation-discrimination-et.html>, consulté le 20 juin 2012
13. **Morin M.**
Parcours de santé. Des malades, des bien-portants et de ceux qui les soignent : comment intervenir pour modifier les conduites de santé et de maladie ?
Paris: Armand Colin, 2004.
14. **Préau M & Morin M.**
L'évaluation psychosociale de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH.
Pratiques psychologiques 2005; 11 (4): 387-402.
15. **El Fane M, Bensghir R, Sbai S, Chakib A, Kadiri N, Ayouch A, Himmich H.**
Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH.
Sexol 2011; 20 (3):188-192.
16. **Corten P.**
Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne.
Info Psy 1998; 74 (9): 922-932.
17. **Fayers PM & Machin D.**
Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation.
New-York: Wiley, 2000.
18. **Wu AW.**
Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy.
AIDS 2000; 14(10): 1449-51.

19. **Clayson D, Wild D, Quarterman P, Duprat-Lomon I, Kubin M & Coons S.**
A comparative review of the health-related quality-of-life measures for use in HIV/AIDS.
ICT 2006; 18: 4-6.
20. **WHOQOL HIV Group.**
WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS:
results from the field test.
AIDS Care 2004;16 (7):882-9.
21. **Mayo M.**
Gender differences in quality of life in persons infected with HIV.
Master's thesis University of Illinois at Chicago, 2002, 37 pages.
22. **Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE & Wu AW.**
Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS.
Qual Life Res 2005; 14 (2):479-91.
23. **Mast TC, Kigozi G, Mangen FW, Black R, Sewankambo N & Serwadda D.**
Measuring quality of life among HIV-infected women using a culturally adapted
questionnaire in Rakai district, Uganda.
AIDS Care 2004; 16 (1): 81-94.
24. **Cederffjall C, Elkof AL, Ladman K & Wredling R.**
Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV
infection.
AIDS Patient Care STDS 2001; 15 (1): 31-9.
25. **Mounir O.**
La Moudawana, le nouveau droit de la famille au Maroc: Présentation et analyse,
Casablanca, Marsam ; 2005.
26. **Varma DS, Chandra PS, Callahan C, Reich W, Cottler LB.**
Perceptions of HIV risk among monogamous wives of alcoholic men in south India: A
qualitative study.
J Womens Health (Larchmt) 2010; 19(4): 815-21.
27. **Guay J.H.**
Indice de développement humain Maroc. Perspective monde, 2011.
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&=MAR&codeStat=SP.POP.IDH.IN&codeTheme=1>, consulté le 20/04/ 2012

28. **Subramanian T, Gupte M, Dorairaj V, Periannan V, Mathai A.**
Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV/AIDS in South India: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV.
AIDS Care 2009; 21 (4): 473-81
29. **Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M.**
Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS.
Arch Iran Med 2008; 11 (6): 608-612
30. **Tiwara M, SarojVerma S, Agrawal D&Heena.**
Quality of life of patients with HIV infection.
IJSSR2009; 6: 79-89.
31. **Morandi dos Santos EC, FrançaJunior I, Lopes F.**
Quality of life of people living
with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. Rev. Saúde Pública, 2007,41(2): 6-7.
http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s2/en_5947.pdf, consulté le 12/09/2012
32. **Weatherburn P, Keogh P, Reid D, Dodds C, Bourne A& Jessup K.**
What do you need? 2007-2008 findings from a national survey of people with
diagnosed HIV. Rapport final stigma reasearch, 2009.
<http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2009b.pdf>, consulté le 15/03/2012
33. **Bettinger M.**
Regaining lost abilities: The prospect of returning to work.
Focus 1997;12(8):1-4.
34. **Martin DJ.**
Vocational rehabilitation: The next step.
New-York: Innovations, 1997.p: 10-13.
35. **Schlecter ES.**
Work while receiving disability insurance benefits: Additional findings from the New
Beneficiary Follow-up survey.
Soc Secur Bull 1997; 60(1): 3-17.
36. **Kasl SV, Gore S& Cobb S.**
The experience of losing a job: Reported changes in health, symptoms, and illness
behaviour.
Psychosom Med 1975; 37 (2):106-22

- 37. Roberts HJ, Pearson JC, Madeley RJ, Hanford S&Magowan R.**
Unemployment and health: The quality of social support among residents in the Trent region of England.
J Epidemiol Community Health 1997; 51 (1): 41–5.
- 38. Vinokur AD, Price RH&Schul Y.**
Impact of the Jobs intervention on unemployed workers varying in risk for depression.
Am J Community Psychol 1995; 23 (1): 39–74.
- 39. Rabkin JG.**
HIV and depression: 2008 review and update.
Curr HIV/AIDS Rep 2008; 5 (4): 163–71.
- 40. Arns PG, Martin DJ & Chernoff RA.**
Psychosocial needs of HIV–positive individuals seeking workforce re–entry.
AIDS Care 2004; 16 (3): 377–86.
- 41. Martin DJ.**
Working with HIV: Issues for People with HIV/AIDS Contemplating Workforce. APA, 2011. <http://www.apa.org/pi/aids/resources/research/martin.aspx>, Consulté en juin 2012
- 42. Razavi P, Hajifathalian K, Saeidi B, Esmaeeli D, Javid G, Rasoulinejad M, Hajiabdolbaghi M et al.**
Quality of Life among Persons with HIV/AIDS in Iran: Internal Reliability and Validity of an International Instrument and Associated Factors.
AIDS Res Treat 2012; 2012: 849406.
- 43. Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Bergholte J.**
Depression and thoughts of suicide among middle–aged and older persons living with HIV– AIDS.
Psychiatr Serv 2000; 51 (7): 903–7.
- 44. Vance DE, Struzick TC&Raper JL.**
Biopsychosocial benefits of spirituality in adults aging with HIV. Implications for nursing practice and research.
J Holist Nurs 2008; 26 (2):119–25.

45. **Olmos JM& González–Macías J.**
Disminución de la masa ósea en pacientes con infección por el virus inmunodeficiencia humana.
Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26 (4): 212–219.
46. **Rotheram–Borus MJ, Flannery D, Rice E, Lester P.**
Families living with HIV.
AIDS Care 2005; 17 (8): 978–87.
47. **Antle BJ, Wells LM, Goldie RS, DeMatteo D, King SM.**
Challenges of parenting for families living with HIV/AIDS.
Soc Work 2001; 46 (2): 159–69.
48. **Guoping J, Li L, Chunqing L & Sun S.**
The impact of HIV/AIDS on families and children –a study in China.
AIDS 2007; 21(8): S157.
49. **Forehand R, Steele R, Armistead L, Morse E, Simon P, Clark L.**
The FamilyHealthProject: psychosocial adjustment of children whose mothers are HIV infected.
J Consult Clin Psychol 1998; 66(3): 513–20
50. **Stangl AL, Wamai N, Mermin J, Awor AC&Bunnell RE.**
Trends and predictors of quality of life among HIV–infected adults taking highly active antiretroviral therapy in rural Uganda.
AIDS Care 2007; 19(5): 626–36.
51. **Louwagie GM, Bachmann MO, Meyer K, Booyesen FR,&Fairall L et al.**
Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life in South Africa adult with human immunodeficiency virus infection: A cross–sectional analytical study.
BMC Pub Health 2007,14 (7): 244.
52. **Jelsma J, Maclean E, Hughes J, Tinise X, Darder M.**
An investigation into the health–related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART.
AIDS Care 2005; 17 (5):579–88.
53. **Burgoyne RW & Tan DHS.**
Prolongation and quality of life for HIV–infected adults treated with highly active antiretroviral therapy (HAART): a balancing act.
J Antimicrob Chemother 2008; 61 (3):469–73.

54. **Rao D, Nainis N, Williams L, Langner D, Eisin A, et al.**
Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS.
AIDS Care 2009; 21 (1):64–9.
55. **Liu ZY, Guo FP, Han Y, Qiu ZF, Zuo LY et al.**
Impact of baseline CD4(+) T cell counts on the efficacy of nevirapine-based highly active antiretroviral therapy in Chinese HIV/AIDS patients: a prospective, multicentric study.
Chin Med J (Engl) 2009; 122 (20): 2497–502.
56. **Hasanah C, Zaliha A & Mahiran M.**
Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia.
Qual Life Res 2011; 20 (1):91–100.
57. **Folasire OF, Irabor AE, Folasire AM.**
Quality of life of People living with HIV and AIDS attending the Antiretroviral Clinic, University College Hospital, Nigeria.
Afr J Prm Health Care Fam Med 2012; 4 (1):294–8
58. **Badia X, Podzamczar D, Garcia Met al.**
A randomized study comparing instruments health related quality of life in HIV-infected patients.
AIDS 1999; 13 (13):1727–35.
59. **Anderson J, Kaplan RM, Coons JM & Schneiderman LJ**
Comparison of the quality of well-being scale and the SF-36 results among two samples of ill adults: AIDS and other illnesses.
J Clin Epidemiol 1998; 51 (9):755–62.
60. **Remien RH & Mellins CA.**
Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: let's not forget the individual in our global response to the pandemic.
AIDS 2007; 21(5):S55–63
61. **Shapiro K & Ray S.**
Sexual health for people living with HIV.
Reprod Health Matters 2007; 15(29):67–92
62. **Whetten K, Reif S, Whetten R & Murphy-McMillan LK.**
Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: implications for effective care.
Psychosom Med 2008; 70 (5):531–8.

63. Chida Y& Steptoe A.

Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies.

Psychosom Med 2008; 70 (7):741-56.

IX. ANNEXES

The image shows a decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. Inside the frame, the text "IX. ANNEXES" is written in a stylized, serif font. The frame is centered on the page. A large, light blue watermark "Rapport Gratuit.com" is visible diagonally across the page, partially overlapping the frame.

Annexe 1

WHO QOL HIV BREF (version Française)

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
1	Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?	1	2	3	4	5

		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
2	Etes-vous satisfait de votre santé ?	1	2	3	4	5

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
3	La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?	1	2	3	4	5
4	Etes-vous tracassé par des problèmes physiques liés à votre infection par le VIH ?	1	2	3	4	5
5	Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5
6	Trouvez-vous la vie agréable ?	1	2	3	4	5
7	Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?	1	2	3	4	5
8	Dans quelle mesure, l'opinion des gens vous condamnant pour votre séropositivité, vous touche-t-elle ?	1	2	3	4	5
9	L'avenir vous fait-il peur ?	1	2	3	4	5
10	Est-ce que l'idée de la mort vous inquiète ?	1	2	3	4	5

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
11	Etes-vous capable de vous concentrer ?	1	2	3	4	5
12	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5

13	Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
14	Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5
15	Acceptez-vous votre apparence physique ?	1	2	3	4	5
16	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	1	2	3	4	5
17	Jusqu'à quel point, vous sentez-vous accepté par votre entourage ?	1	2	3	4	5
18	Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?	1	2	3	4	5
19	Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	1	2	3	4	5

		Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
20	Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?	1	2	3	4	5

		Pas du tout satisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
21	Etes-vous satisfait de votre sommeil ?	1	2	3	4	5
22	Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4	5
23	Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?	1	2	3	4	5
24	Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	1	2	3	4	5
25	Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	1	2	3	4	5
26	Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?	1	2	3	4	5



27	Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?	1	2	3	4	5
28	Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?	1	2	3	4	5
29	Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	1	2	3	4	5
30	Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?	1	2	3	4	5

		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
31	Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	1	2	3	4	5

Cotations

Domaine 1 physique

$(6-q3) + (6-q4) + q14 + q21$

Domaine 2 psychologique

$Q6 + Q11 + Q15 + Q24 + (6-Q31)$

Domaine 3 niveau d'indépendance

$(6-q5) + q20 + q22 + q23$

Domaine 4 relation sociale

$q17 + q25 + q26 + q27$

Domaine 5 environnement

$q12 + q13 + q16 + q18 + q19 + q28 + q29 + q30$

Domaine 6 spiritualité

$q7 + (6-q8) + (6-q9) + (6-q10)$

Qdv physique

Etes-vous satisfait de votre sommeil ?
Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?
La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?
Etes-vous tracassé par des problèmes physiques liés à votre infection par le VIH ?

Qdv psychologique

Trouvez-vous la vie agréable ?
Etes-vous capable de vous concentrer ?
Acceptez-vous votre apparence physique ?
Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?
Eprenez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

Qdv niveau d'indépendance

Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?
Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?
Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?
Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?

Qdv relations sociales :

Jusqu'à quel point, vous sentez-vous accepté par votre entourage ?
Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?
Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?
Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

Qdv environnement

Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?
Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)
Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?
Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?
Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?
Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?
Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?
Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

Qdv spiritualité

L'avenir vous fait-il peur ?
Est-ce que l'idée de la mort vous inquiète ?
Dans quelle mesure, l'opinion des gens vous condamnant pour votre séropositivité, vous touche-t-elle ?
Dans quelle mesure, l'opinion des gens vous condamnant pour votre séropositivité, vous touche-t-elle ?

التقييم المختصر لجودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

جد سيئة	جد سيئة	لا سيئة و لا جيدة	جيدة	جد جيدة		
1	2	3	4	5	كيف تصف جودة حياتك ؟	01

أبدا	غير راض	لا راض و غير راض	راض	جد راض		
1	2	3	4	5	هل أنت راض عن حياتك الصحية ؟	02

أبدا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كليًا		
1	2	3	4	5	هل لآلام الجسد يمينكم منزعجة أو لآلام أنشطتكم العادية؟	03
1	2	3	4	5	هل أنت قلق من المشاكل الناتجة عن مرضكم بالإيدز؟	04
1	2	3	4	5	هل العلاج الطبي ضروري لكم لمواجهة الحياة اليومية؟	05
1	2	3	4	5	هل تجدون الحياة رغبة، سارة، جيدة؟	06
1	2	3	4	5	هل إيمانكم يعطيكم معنًا لحياتكم؟	07
1	2	3	4	5	هل الأصدقاء أو أفراد العائلة الذين يعانون من مرضكم؟	08
1	2	3	4	5	هل المستقبل يخيّفكم؟	09
1	2	3	4	5	هل فكرة الموت تزعجكم أو تقلقكم؟	10
1	2	3	4	5	هل أنت متفادٍ وناعٍ للتركيز؟	11
1	2	3	4	5	هل تحسبون بالآمان في حياتكم اليومية؟	12
1	2	3	4	5	هل المحيط الذي تعيشون فيه سليم (تلوث، ضجيج،...،)؟	13

كلية	كثيرا	متوسط	قليلًا	أبدا		
5	4	3	2	1	هل لديك من الطاقة والقوة والجهود التي تحتاجها للحياة اليومية؟	14
5	4	3	2	1	هل تتقبلون مظهركم الجسدي؟	15
5	4	3	2	1	هل لديك من المال ما يكفي حاجاتكم؟	16
5	4	3	2	1	إلا يوجد تحسونا أنكم مقبولون من منظر فمحيطكم؟	17
5	4	3	2	1	هل تحسونا أن لديكم المعلومات الكافية لمواجهة الحياة اليومية؟	18
5	4	3	2	1	هل لديك إمكانية لممارسة بعض الهوايات (رياضة، رسم...)?	19

جد جيدة	جيدة	لا سيئة و لا جيدة	سيئة	جد سيئة		
5	4	3	2	1	كيف تقيمون قدرتك على التنقل وحركتك؟	20

جد راض	راض	لا راض و غير راض	غير راض	غير راض إطلاقا		
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعنومكم؟	21
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعنقدركم عمل بانج از النشاطات اليومية؟	22
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعنقدركم عمل بال مل؟	23
5	4	3	2	1	هل لديكمرأيجيد عن أنفسكم؟	24
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعن علاقاتكم بالشخ صية؟	25
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعن حياتكم الجنس ية؟	26
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعن د عمالذيتلق ونهمناصدقانكم؟	27
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعن المكانالذيتعير شونفيه؟	28
5	4	3	2	1	هل تتالونبسهولة العلاجاتالتية حتاجوناليها؟	29
5	4	3	2	1	هل أنتمراضون نعنعن سائلنقلكم؟	30

دائما	أكثر الأحيان	غالبا	بعضالمرات	أبدا		
5	4	3	2	1	هل تحسونغالبابعضالأحاسيسالسلبية (القلق، فقدانالامل)؟	31

Annexe 2

Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très mauvaise	4	6,3	6,3	6,3
	Mauvaise	5	7,8	7,8	14,1
	Ni bonne, ni mauvaise	28	43,8	43,8	57,8
	Bonne	26	40,6	40,6	98,4
	Très bonne	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de votre santé ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	2	3,1	3,1	3,1
	Pas satisfait	7	10,9	10,9	14,1
	Ni satisfait ni insatisfait	10	15,6	15,6	29,7
	Satisfait	43	67,2	67,2	96,9
	Très satisfait	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	50	78,1	78,1	78,1
	Un peu	6	9,4	9,4	87,5
	Modérément	4	6,3	6,3	93,8
	Beaucoup	3	4,7	4,7	98,4
	Complètement	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous tracassé par des problèmes physiques liés à votre infection par le VIH ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	20	31,3	31,3	31,3
	Un peu	17	26,6	26,6	57,8
	Modérément	11	17,2	17,2	75,0
	Beaucoup	14	21,9	21,9	96,9
	Complètement	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Modérément	2	3,1	3,1	3,1
	Beaucoup	16	25,0	25,0	28,1
	Complètement	46	71,9	71,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Trouvez-vous la vie agréable ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	8	12,5	12,5	12,5
	Un peu	5	7,8	7,8	20,3
	Modérément	27	42,2	42,2	62,5
	Beaucoup	20	31,3	31,3	93,8
	Complètement	4	6,3	6,3	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Un peu	2	3,1	3,1	3,1
	Modérément	3	4,7	4,7	7,8
	Beaucoup	36	56,3	56,3	64,1
	Complètement	23	35,9	35,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Dans quelle mesure, l'opinion des gens vous condamnant pour votre séropositivité, vous touche-t-elle ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	19	29,7	29,7	29,7
	Un peu	1	1,6	1,6	31,3
	Modérément	1	1,6	1,6	32,8
	Beaucoup	17	26,6	26,6	59,4
	Complètement	26	40,6	40,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

L'avenir vous fait-il peur ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	31	48,4	48,4	48,4
	Un peu	13	20,3	20,3	68,8
	Modérément	5	7,8	7,8	76,6
	Beaucoup	11	17,2	17,2	93,8
	Complètement	4	6,3	6,3	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Est-ce que l'idée de la mort vous inquiète ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	47	73,4	73,4	73,4
	Un peu	7	10,9	10,9	84,4
	Modérément	5	7,8	7,8	92,2
	Beaucoup	4	6,3	6,3	98,4
	Complètement	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous capable de vous concentrer ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Un peu	7	10,9	10,9	10,9
	Modérément	14	21,9	21,9	32,8
	Beaucoup	29	45,3	45,3	78,1
	Complètement	14	21,9	21,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	4	6,3	6,3	6,3
	Un peu	8	12,5	12,5	18,8
	Modérément	17	26,6	26,6	45,3
	Beaucoup	27	42,2	42,2	87,5
	Complètement	8	12,5	12,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	3	4,7	4,7	4,7
	Un peu	6	9,4	9,4	14,1
	Modérément	13	20,3	20,3	34,4
	Beaucoup	34	53,1	53,1	87,5
	Complètement	8	12,5	12,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Un peu	7	10,9	10,9	10,9
	Modérément	22	34,4	34,4	45,3
	Beaucoup	28	43,8	43,8	89,1
	Complètement	7	10,9	10,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Acceptez-vous votre apparence physique ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	3	4,7	4,7	4,7
	Un peu	3	4,7	4,7	9,4
	Modérément	17	26,6	26,6	35,9
	Beaucoup	31	48,4	48,4	84,4
	Complètement	10	15,6	15,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	3	4,7	4,7	4,7
	Un peu	16	25,0	25,0	29,7
	Modérément	40	62,5	62,5	92,2
	Beaucoup	5	7,8	7,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Jusqu'à quel point, vous sentez-vous accepté par votre entourage ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	22	34,4	34,4	34,4
	Un peu	3	4,7	4,7	39,1
	Modérément	5	7,8	7,8	46,9
	Beaucoup	22	34,4	34,4	81,3
	Complètement	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	1	1,6	1,6	1,6
	Un peu	7	10,9	10,9	12,5
	Modérément	15	23,4	23,4	35,9
	Beaucoup	25	39,1	39,1	75,0
	Complètement	16	25,0	25,0	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout	24	37,5	37,5	37,5
	Un peu	7	10,9	10,9	48,4
	Modérément	13	20,3	20,3	68,8
	Beaucoup	17	26,6	26,6	95,3
	Complètement	3	4,7	4,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très mauvaise	1	1,6	1,6	1,6
	Mauvaise	1	1,6	1,6	3,1
	Ni bonne, ni mauvaise	2	3,1	3,1	6,3
	Très bonne	60	93,8	93,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de votre sommeil ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas satisfait	7	10,9	10,9	10,9
	Ni satisfait ni insatisfait	6	9,4	9,4	20,3
	Satisfait	34	53,1	53,1	73,4
	Très satisfait	17	26,6	26,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	1	1,6	1,6	1,6
	Pas satisfait	5	7,8	7,8	9,4
	Ni satisfait ni insatisfait	11	17,2	17,2	26,6
	Satisfait	33	51,6	51,6	78,1
	Très satisfait	14	21,9	21,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	1	1,6	1,6	1,6
	Pas satisfait	6	9,4	9,4	10,9
	Ni satisfait ni insatisfait	10	15,6	15,6	26,6
	Satisfait	31	48,4	48,4	75,0
	Très satisfait	16	25,0	25,0	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas satisfait	5	7,8	7,8	7,8
	Ni satisfait ni insatisfait	10	15,6	15,6	23,4
	Satisfait	32	50,0	50,0	73,4
	Très satisfait	17	26,6	26,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	2	3,1	3,1	3,1
	Pas satisfait	3	4,7	4,7	7,8
	Ni satisfait ni insatisfait	1	1,6	1,6	9,4
	Satisfait	36	56,3	56,3	65,6
	Très satisfait	22	34,4	34,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	13	20,3	20,3	20,3
	Pas satisfait	18	28,1	28,1	48,4
	Ni satisfait ni insatisfait	7	10,9	10,9	59,4
	Satisfait	20	31,3	31,3	90,6
	Très satisfait	6	9,4	9,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	18	28,1	28,1	28,1
	Pas satisfait	6	9,4	9,4	37,5
	Ni satisfait ni insatisfait	3	4,7	4,7	42,2
	Satisfait	30	46,9	46,9	89,1
	Très satisfait	7	10,9	10,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	1	1,6	1,6	1,6
	Pas satisfait	5	7,8	7,8	9,4
	Ni satisfait ni insatisfait	8	12,5	12,5	21,9
	Satisfait	42	65,6	65,6	87,5
	Très satisfait	8	12,5	12,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas satisfait	1	1,6	1,6	1,6
	Satisfait	44	68,8	68,8	70,3
	Très satisfait	19	29,7	29,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout satisfait	1	1,6	1,6	1,6
	Pas satisfait	6	9,4	9,4	10,9
	Ni satisfait ni insatisfait	9	14,1	14,1	25,0
	Satisfait	37	57,8	57,8	82,8
	Très satisfait	11	17,2	17,2	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Jamais	17	26,6	26,6	26,6
	Parfois	30	46,9	46,9	73,4
	Souvent	7	10,9	10,9	84,4
	Très souvent	7	10,9	10,9	95,3
	Toujours	3	4,7	4,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Annexe 3

CLASSIFICATION CDC DE L'INFECTION VIH

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	A Asymptomatique, primo-infection ou PGL*	B Symptomatique sans critères (A) ou (C)	C SIDA
= 500 / μ L	A1	B1	C1
200 – 499 / μ L	A2	B2	C2
< 200 / μ L	A3	B3	C3

*PGL Lymphadénopathie persistante généralisée

CATEGORIES CLINIQUES

Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci -dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- a) Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- b) Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre ($38^{\circ}5$ C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Crptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne
- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébrale primaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encephalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmosse cérébrale



اقْسُمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ
أَنْ أَرَأَيْتُمْ أَقْبَالَ لِهَيْمِ هَنْتِي.

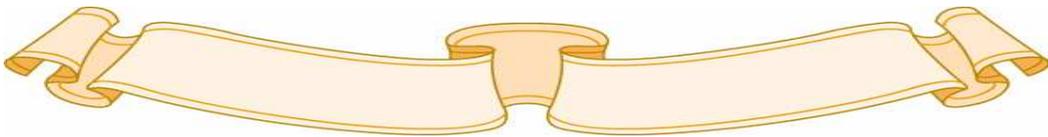
وَأَنْ أَصُونَحِيَاةَ الْإِنْسَانِ فَيَكَاَفَّةِ أَدْوَارِهِمَا فَيَكَلالظُرُوفِ وَالْأَحْ
وَالْبَاذِلْ وَأَوْسَعِيْفِيَا سْتَنْقَاذَهَا مِنْ الْهَلَاكِ وَالْمَرْضُوفِ الْأَمْوَالِ
قَلْق.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتَرْعُورَتَهُمْ، وَأَكْتَمِسِرَّهُمْ.
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مَنْوَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِأَذِلَّةٍ رِعَايَتِي بِالطَّبِ
يَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَ هَلْ نَفَعًا لِلنَّاسِ نَلَاذِلًا ه.ه.
وَأَنْ أَقْرَمَنْعَلَّمَنِي، وَأَعَلَّمَنِي صُغْرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِي
لِفِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبِيَّةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَقًا لِيْمَانِي فَيَسِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا
يَشِينُهَا تَجَاهًا لِلْهُورِ سُولِيهِو الْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 128

سنة 2012

جودة حياة الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة
البشرية والمتابعين
بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2012

من طرف

السيدة كوناتي داه أدمياتو

المزادة في 24 فبراير 1983 بالكوت ديفوار

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

جودة الحياة –الأشخاص المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشرية – التقييم المختصر لجودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

اللجنة

الرئيس

السيد م. بوسكراوي

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

السيدة ن. الطاسي

أستاذة مبرزة في الأمراض التعفنفة

السيدة ل. السعدوني

أستاذة في الطب الباطني

السيدة ف. منودي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

السيد م. أمين

أستاذ مبرز في علم الأوبئة السريرية

الحكام