

Profil épidémiologique, stigmatisation et estime de soi chez les adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine transmis verticalement suivis au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Epidemiological profile, stigma and self-esteem among vertically transmitted human immunodeficiency virus-infected adults followed at the Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo.

Ouedraogo AG¹, Ouedraogo R², Salifou Abdou MM³, Coulibaly MBI², Zonon H¹, Bagaya B⁴, Barra A⁵, Sondo KA⁶, Karfo K^{2,6}

1 Service des maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7022, Ouagadougou, Burkina Faso. zononhamade@gmail.com

2 Service de psychiatrie, CHU Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7022, Ouagadougou, Burkina Faso. deyadsaya@gmail.com, benscoul@gmail.com kkapoune@gmail.com

3 Hôpital National de Niamey, Niger. Mail : mobaraksalifou@gmail.com

4 Service d'imagerie et radiodiagnostic, CHU Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7022, Ouagadougou, Burkina Faso. boureimabagaya96@gmail.com

5 Service de neurologie, CHU Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7022, Ouagadougou, Burkina Faso. Barraali2006@gmail.com

6 Unité de formation et de recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo. sondoapoline@yahoo.fr

***Auteur correspondant :** Ouédraogo Arsène Abdoul Gafourou ; Téléphone : +226

71805366 ; Courriel : gafourouarsene@gmail.com.

Résumé

Introduction

Contexte : L'infection à VIH est un problème majeur de santé publique. Son impact sur la santé physique et mentale est non négligeable.

Objectif : Notre travail a pour objectif d'évaluer la stigmatisation et l'estime de soi chez les adultes infectés verticalement par le VIH au CHU YO. **Matériel et méthodes :** il s'est agi d'une étude transversale, qui s'est déroulée sur six mois chez les adultes séropositifs au VIH transmis verticalement. Nos données ont été recueillies en utilisant les échelles d'estime de soi de Rosenberg et d'auto-stigmatisation du VIH et analysées grâce au logiciel STATA16. **Résultats :** Au total 52 patients ont été inclus parmi les 60 adultes suivis dont la transmission du VIH a été verticale. L'âge moyen des patients était de 24,5 ans $\pm$ 1,1 ans. Trente patients (75%) avaient une estime de soi faible et 26 (50%) des symptômes d'auto-stigmatisation. Les sous-échelles montraient que la stigmatisation personnelle était présente chez 13 (25%) patients. Quant à la divulgation du statut sérologique, 98% des patients ressentaient le besoin de garder l'information secrète. L'attitude de la société était jugée négative par 69,3% des patients. **Conclusion :** cette étude, montre que le VIH à transmission verticale à des répercussions négatives chez les patients.

Mots clés : estime de soi, stigmatisation, adultes, VIH, transmission verticale.

Abstract

Introduction

Background: HIV infection is a major public health problem. Its impact on physical and mental health is significant. **Objective:** The aim of our work is to assess stigmatization and self-esteem among vertically HIV-infected adults at the CHU YO. **Patients and Methods:** This was a cross-sectional study conducted over six months among vertically transmitted HIV-positive adults. Our data were collected using the Rosenberg self-esteem and HIV self-stigma scales and analyzed using STATA16 software.

Results: A total of 52 patients were included among the 60 adults followed whose HIV transmission had been vertical. The mean age of the patients was 24.5 $\pm$ 1.1 years. Thirty patients (75%) had low self-esteem and 26 (50%) had symptoms of self-stigmatization. The subscales showed that personal stigma was present in 13 (25%) patients. As for disclosure of serostatus, 98% of patients felt the need to keep the information secret. Society's attitude was judged negative by 69.3% of patients. **Conclusion:** this study shows that vertically transmitted HIV has negative repercussions for patients. **Keywords :** self-esteem, stigma, adults, HIV, vertical transmission

INTRODUCTION

L'expérience et la persistance de la stigmatisation chez les personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) restent un enjeu majeur dans la vie de ces derniers. Au Burkina Faso, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 0,7% chez les sujets de 18 à 49 ans en 2018 [2]. Malgré la prépondérance de la transmission par voie sexuelle, la transmission par la voie mère-enfant demeure préoccupante dans notre pays [3]. Les répercussions physiques, psychologiques et sociales de la maladie sont multiples. En effet, la chronicité de cette infection associée aux conséquences qui en émaillent son évolution comme la stigmatisation, l'humiliation et la discrimination influencent négativement la prise en charge des patients [4]. Selon plusieurs études les patients vivant avec le VIH (PVVIH) sont souvent victimes de stigmatisations diverses [5–7]. Aussi, selon Koumba et al., les patients atteints du VIH présentaient une estime de soi faible par rapport à la population générale [8]. Ainsi, dans une étude réalisée au Gabon chez les PVVIH, la plupart des enquêtés présentaient une estime de soi faible [8]. Quant à la stigmatisation, l'auto-stigmatisation et la stigmatisation par un tiers étaient retrouvés chez respectivement 35,4% et 37,9% des patients dans une étude au Togo [5]. Selon Ky-Zerbo et al. au Burkina Faso, la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, celle dans les services de santé et l'auto-stigmatisation étaient respectivement de 40,2 %, 11% et 45,6 % [7]. Au Burkina Faso, les données sur l'estime de soi et l'auto-stigmatisation chez les PVVIH à transmission verticale demeurent inconnues alors qu'ils pourront jouer sur le bien-être psychologique, la qualité de vie, l'adhésion au traitement et la santé globale des PVVIH à transmission verticale. Pour pallier ce manque de données, et proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge globale des PVVIH à transmission verticale à travers des approches holistiques qui intègrent le soutien psychosocial, la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation, nous menons la présente étude.

MATERIEL ET METHODES

Considérations éthiques : Le consentement oral des patients a été obtenu, l'anonymat et la confidentialité des données a été garantis. Nous avons requis l'autorisation de la Direction

générale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo suivant le numéro 2023/1384/MSHP/SG/CHU-YO/DG/DSP/SPIH. Les patients qui avaient besoin d'assistance psychologique ont été pris en charge à l'issue de l'étude.

Il s'est agi d'une étude transversale à partir d'une collecte de données rétrospective et prospective qui s'est déroulée du 1er juin au 30 novembre 2023. Elle a concerné les PVVIH à transmission verticale suivis dans le service des maladies infectieuses du CHU Yalgado Ouédraogo. Ont été inclus tous les PVVIH dont la transmission a été verticale, âgés d'au moins 18 ans, suivis depuis au moins 12 mois dans le service et consentant à participer à l'étude. Par contre, n'ont pas été inclus les PVVIH injoignables pendant la période d'étude. Pour la taille de l'échantillon, la formule modifiée de Yamane a été utilisée pour le calcul [9]. Sur un total de 60 patients suivi, la taille de notre échantillon faisait 52 patients.

La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire comportant les variables sociodémographiques, les caractéristiques immuno-virologiques, cliniques et thérapeutiques et les échelles d'estime de soi de Rosenberg [10] et d'auto-stigmatisation du VIH. Le questionnaire était hétéro-administré et la passation s'est faite en présentiel. Les données ont été collectées sur le logiciel Kobocollect, exportées sous forme de fichier Excel et analysées à l'aide du logiciel STATA16. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart type.

RESULTATS

Au total, 52 patients ont été inclus parmi les 60 patients suivis dont la transmission du VIH est verticale. L'âge moyen des patients était $24,5 \pm 1,1$ ans avec des extrêmes de 18 ans et 57 ans. La tranche d'âge de 18 à 24 ans représentait 71,15%. Le sex-ratio de 1,17 avec 53,85% de patients de sexe masculin. Les adultes étaient célibataires dans 86,54% des cas. Concernant le niveau de scolarisation, 73,08% des patients avaient un niveau secondaire. Vingt-sept (51,92%) patients avaient perdus les deux parents (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Tranches d'âge		
[18-24]	37	71,15
[25-39]	11	21,15
≥ 40	4	7,69
Sexe		
Masculin	28	53,85
Féminin	24	46,15
Niveau d'instruction		
Secondaire	38	74,51
Supérieur	7	13,73
Primaire	4	7,84
Non scolarisé	2	3,92
Statut marital		
Célibataire	45	86,54
Marié	6	11,54
Concubinage	1	1,92
Profession		
Élève /Étudiant	22	42,31
Secteur informel	20	38,46
Fonctionnaire	5	9,62
Ménagère	3	5,77
Sans emploi	2	3,85
Résidence		
Urbaine	48	92,31
Rurale	4	7,69
Statut sérologique des parents		
Père		
Positif	27	51,92
Négatif	16	30,77
Inconnu	9	17,31
Deux parents		
Positifs	27	77,78
Statut d'orphelinat		
Deux parents	27	51,92

Dans notre série, 49 (94,23%) patients étaient porteurs du VIH-1 ; 42 (80,77%) connaissaient leur statut depuis plus de 10 ans et 24 (46,15%) avaient une charge virale indétectable. Concernant le statut sérologique des géniteurs, les deux parents étaient séropositifs dans 77,78% des cas. Les pères étaient positifs dans 51,92%. Pour la prise en charge psychologique, 39 (75%) patients déclaraient n'en avoir pas bénéficié tout au long de leur suivi. La ligne de traitement était dans 92,31 % constitué par l'association Ténofovir, Lamivudine et Dolutégravir. L'observance du traitement était bonne chez 63,46% (tableau II).

Tableau II : Caractéristiques immuno-virologiques des patients inclus

Caractéristiques de l'infection à VIH	Effectif	Pourcentage (%)
Type de VIH		
VIH1	49	94,23
VIH1+2	2	3,85
VIH2	1	1,92
Nombre d'années vécu avec le VIH (ans)		
> 10	42	80,77
≤ 10	10	19,23
Charge virale		
Indétectable	24	46,15
Détectable	18	34,61
Inconnu	10	19,23
Taux de CD4 (cell/mm³)		
< 200	20	38,46
≥ 200	19	36,54
Inconnu	13	25,00

L'estime de soi était faible chez 39 (75%) patients. Elle était moyenne chez 2 (3,85%) et très faible chez 11 (21,15%) patients. Vingt-six (50%) patients présentaient des symptômes d'autostigmatisation. Les sous-échelles de l'auto-stigmatisation montraient que la stigmatisation personnelle était présente chez 13 (25%) patients. Pour la divulgation du statut sérologique, 98% des patients ressentait le besoin de garder l'information secrète. L'attitude de la société était jugée négative par 69,3% des cas.

DISCUSSION

L'âge moyen jeune de la population de notre étude nécessite une activation des mécanismes d'accompagnement efficaces en vue de préserver leur santé et tirer le plein potentiel de ceux-ci. Le sexe masculin dominait avec 53,85%. D'autres auteurs retrouvaient tous en majorité des femmes [10–13]. Ce résultat s'expliquerait par le fait qu'au Burkina Faso, les hommes séropositifs prédominent dans la tranche d'âge compris entre 18 et 24 ans. Aussi, dans notre contexte, les pesanteurs culturelles limitent l'accès des femmes aux soins. La majorité des patients étaient célibataires. Ce même constat est fait par Nyongesa au Kenya en 2021 [12]. Les patients séropositifs rencontrent des difficultés pour trouver un partenaire ou à se mettre en couple [5]. Il faut insister sur la nécessité d'observer le traitement antirétroviral puis sensibiliser les jeunes qu'une

charge virale indétectable permet une vie conjugale et sexuelle sans risque. La majorité de nos participants avaient un niveau secondaire (74,51%) comme rapportés par Lawler et al. au Botswana [13] et Prishah et al. en Afrique du Sud [14]. L'infection à VIH, du fait de son évolution chronique a peut-être à un moment donné joué sur les études des patients tels que le redoublement, l'abandon temporaire ou définitive etc. Neuf virgule soixante-deux pourcent des patients étaient sans emploi et cela peut constituer un facteur de vulnérabilité supplémentaire. Plus de la moitié des patients sont orphelins, la fragilité de ces derniers tant sur le plan social, psychologique qu'économique semble évidente. Les groupes de parole pourraient être un tremplin où s'exercerait le soutien par les pairs.

L'estime de soi faible était présente chez 75% des PVVIH dans notre étude. Manhas et al. en Inde en 2013 et Hongfei Du et al. en Chine en 2015 rapportaient respectivement une prédominance de l'estime de soi moyenne et de l'estime forte [15,16]. Ces disparités pourraient s'expliquer d'une part par le niveau de vie élevé et un système de soins plus efficient dans les pays développés et d'autre part par les niveaux de connaissances des populations en Afrique. Pour améliorer l'indice de l'estime de soi, il conviendrait de favoriser une insertion socio-économique par le financement de leur étude ou l'appui à l'autonomisation des PVVIH à transmission verticale surtout pour ceux en situation d'orphelinat. Il conviendrait également de renforcer les capacités des organisations associatives afin d'accroître le rendement du soutien par les pairs.

La moitié des patients avaient au moins des symptômes d'auto-stigmatisation. Nos résultats corroborent ceux de Ky-Zerbo et al., qui avait rapporté une prédominance de l'auto-stigmatisation par rapport à la stigmatisation dans les relations interpersonnelles (45,6 % versus 40,2%) [7]. Ces constats montrent toute la dimension psychologique que provoque cette infection. Pour la transmission verticale, peu d'études ont abordé la question et on pourrait considérer que les mêmes répercussions sont de mise. Il convient de mettre en place une stratégie de soutien psychologique régulier dès le bas âge afin de donner la bonne information et empêcher l'intégration des fausses croyances, des mauvais préjugés et la survenue de la haine de soi.

La stigmatisation personnelle était retrouvée chez un quart des patients. Ce même constat a été fait aussi bien en contexte Africain qu'en dehors de l'Afrique. En effet, plusieurs auteurs en Afrique [12,18] et en Amérique [19,20] ont retrouvé des proportions variantes entre 22,8% et 43,0%. Au vu de ces résultats, on pourrait déduire que les PVVIH ne sont pas assez acceptés ni dans les sociétés ni par eux-mêmes et qu'une intensification des mesures de protection de ces derniers s'avèrent indispensables pour changer les perceptions négatives de la pathologie en une maladie comme les autres pathologies chroniques moins stigmatisantes. De même, nous pouvons dire que cette stigmatisation personnelle constituerait un obstacle dans la lutte contre la pandémie et empêche l'atteinte des objectifs que l'OMS et les gouvernements se sont fixés. L'observance du traitement, le rendement socio-économique ainsi que la protection des partenaires se trouvent fragilisés.

Presque la totalité de nos patients ne souhaitaient pas divulguer leurs statuts sérologiques. Ce même constat a été fait par Danielle F. Neustadt et al. qui rapportaient que la majorité des enfants vivant avec le VIH à transmission verticale signalaient la divulgation de leur statut sérologique comme le principal défi [21]. En revanche dans une autre étude, les auteurs ont trouvé que 79,9% des PVVIH avaient divulgué leur statut à quelqu'un [22]. Ceci pour être lié au fait que dans leur étude la plupart des participants avaient un partenaire (marié ou en concubinage) alors que nous avons retrouvé une population majoritairement célibataire.

L'attitude négative de la société a été ressentie par 69,3% des patients. Cette posture malveillante de la société a été rapportée dans la littérature. Le même constat a été fait au Cameroun où près de 50% des étudiants interrogés au cours d'une enquête ont affirmé avoir des attitudes négatives envers les PVVIH [4]. Il est donc important que des efforts et des ressources soient encore investis pour inverser la tendance dans ce domaine en développant par exemple un conseil psychosocial, qui permettrait à davantage de personnes de « vivre positivement avec le VIH ».

La principale limite de notre étude est le risque de biais de déclaration ou de compréhension liés aux questionnaires utilisés.

CONCLUSION

De cette étude, il ressortait que les patients adultes atteints de VIH transmis verticalement présente une faible estime d'eux-même et sont sources de stigmatisation diverse. Ainsi, la faible estime de soi, l'auto-stigmatisation et la difficulté de divulgation du statut sérologique dans cette population pourraient entraver la lutte contre l'infection. Des programmes d'accompagnement psycho-social s'avèrent nécessaire pour adopter une prise en charge holistique.

Conflits d'intérêts : aucun conflit d'intérêt à déclarer

REFERENCES

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Fiche d'information-journée mondiale de lutte contre le sida, 2023 [Internet]. ONUSIDA ; 2023 p. 7. Disponible sur : [http : // www.stethonet.org/fmc/sida.htm](http://www.stethonet.org/fmc/sida.htm)
2. PSSLS-IST. Epidémie de l'infection à VIH/SIDA : rapport 2019. In : formation à la prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants. Ouagadougou ; 2019 p. 47.
3. Tassembodo S, Sakana BLD, Menecier A, Fao P, Moles JP, Kania D, et al. Évaluation du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH du Burkina Faso par une méthode innovante basée sur la visite 2 du programme élargi de vaccination. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. Sept 2023 ;71 :101912.
4. Mboua CP, Touko A. Psychosocial vulnerability and HIV/AIDS epidemiological situation among people with hearing disabilities in four towns in Cameroon. *Med Sante Trop*. 1 nov 2016 ;26(4) :391 5.
5. Saka B, Tchounga B, Ekouevi DK, Sehonou C, Sewu E, Dokla A, et al. Discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH au Togo en 2013 : *Santé Publique*. 30 janv 2018 ; Vol. 29(6) :897 907.
6. Téleclessou JN, Akakpo AS, Dokla AK, Amoussou DK, Deku K, Limaie CA, et al. Expériences de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans les services de soins au Togo. *MTSI*. 4 avr. 2023 ; Vol. 3 No 2 (2023) : MTSIRévue.
3. Koné A, Koffi MO, Djêgbéton A, Ahui BJM, Brou-Godé VC, N'gom A, et al. Vie de couple et prise en charge de l'infection à VIH au service de pneumologie du CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine Trop Santé Int*. 20 août 2021 ;1(3): MTSIBULLETIN.2021.123.
7. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Somé JF, El Asmar K, Msellati P, Makhoulf Obermeyer C. La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso : *Santé Publique*. 8 juil 2014 ; Vol. 26(3) :375 84.
8. Koumba CV, Assoume SO, Malola P. Image du corps et estime de soi des patients VIH au Gabon. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juin 2023 ; S0003448723001865.
9. Otabor JO, Obahiagbon K. Statistical Approach to the Link between Internal Service Quality and Employee Job Satisfaction. 2016 ; Vol. 4 (6).A Case Study
10. Karambé M, Zoungana J, Dembele JP, Fofana AS, Oumar AA, Sissoko M, et al. Les manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH au Mali. 2010
11. Leyva-Moral JM, Loayza-Enriquez BK, Palmieri PA, Guevara-Vasquez GM, Elias-Bravo UE, Edwards JE, et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru : a cross-sectional study. *AIDS Res Ther*. 28 août 2019 ;16(1) :22.
12. Nyongesa MK, Mwangi P, Kinuthia M, Hassan AS, Koot HM, Cuijpers P, et al. Prevalence, risk and protective indicators of common mental disorders among young people living with HIV compared to their uninfected peers from the Kenyan coast : a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 10 févr. 2021 ;21(1) :90.
13. Zhao Q, Li X, Fang X, Zhao G, Zhao J, Lin X, et al. Difference in Psychosocial Well-Being Between Paternal and Maternal AIDS Orphans in Rural China. *J Assoc Nurses AIDS Care*. Juill 2010 ;21(4) :335 44.
14. Lawler K, Mosepele M, Seloilwe E, Ratcliffe S, Steele K, Nthobatsang R, et al. Depression Among HIV-Positive Individuals in Botswana : A Behavioral Surveillance. *AIDS Behav*. Janv 2011 ;15(1) :204 8.
15. Narsai P, Jinabhai CC, Taylor M, Stevens F. The Health Related Quality of Life of HIV Positive Respondents on Antiretroviral Treatment and HIV Negative Living in Lower Socio-Economic Housing in KwaZulu-Natal, South Africa. *Soc Indic Res*. 2016 ;127(2) :851 63.

16. Manhas C. Self-esteem and quality of life of people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol.* nov. 2014 ;19(11) :1471 9.
17. Du H, Li X, Chi P, Zhao J, Zhao G. Relational self-esteem, psychological well-being, and social support in children affected by HIV. *J Health Psychol.* déc 2015 ;20(12) :1568 78.
18. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Asmar KE, Makhlouf-Obermeyer C, Msellati P, Somé JF. La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr.* 2014 ;26(3) :375 84.
19. Mellins CA, Tassiopoulos K, Malee K, Moscicki AB, Patton D, Smith R, et al. Behavioral Health Risks in Perinatally HIV-Exposed Youth : Co-Occurrence of Sexual and Drug Use Behavior, Mental Health Problems, and Nonadherence to Antiretroviral Treatment. *AIDS Patient Care STDs.* Juill 2011 ;25(7) :413 22.
20. Rintamaki LS, Davis TC, Skripkauskas S, Bennett CL, Wolf MS. Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence. *AIDS Patient Care STDs.* Mai 2006 ;20(5) :359 68.
21. Nestadt DF, Lakhonpon S, Pardo G, Saisaengjan C, Gopalan P, Bunupuradah T, et al. A Qualitative Exploration of Psychosocial Challenges of Perinatally HIV-Infected Adolescents and Families in Bangkok, Thailand. *Vulnerable Child Youth Stud.* 2018 ;13(2) :158 69.
22. Neuman M, Obermeyer CM, Cherutich P, Desclaux A, Hardon A, Ky-Zerbo O, et al. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV : A four country study. *AIDS Behav.* Juin 2013 ;17(5) :1796 808.