



Discussion

L'objectif de la présente étude était de déterminer les facteurs neurologiques et cliniques de la mauvaise qualité de vie chez les PVVIH sous ARV à Kinshasa en RDC.

Caractéristiques sociodémographiques et substances psychoactives des PVVH et des non-PVVIH

Dans la présente étude, la majorité des PVVIH étaient âgés de 40 à 59 ans, soit 65,6 % alors que plus de la moitié des Non-PVVIH, soit 51,2% étaient dans la tranche de 18 à 39 ans. La majorité des sujets étaient de sexe féminin, soit 73,8 % des PVVIH contre 56 % des Non-PVVIH. L'âge moyen des PVVIH était de $50,4 \pm 10,7$ ans avec un sex ratio de 2,81 et celui des Non-PVVIH était de $41,8 \pm 16,6$ ans avec un sex ratio de 1,27. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par l'étude anglaise Health Survey for England (HSE) en 2011 avec un âge moyen de 50 ans où les femmes étaient plus nombreuses (56 %) que les hommes (44 %) (10). Il en est de même pour l'étude Bepouka *et al.* (11) menée en 2020 sur la non-observance au TARV chez l'adulte à Kinshasa parmi lesquels 77,25 % de femmes et 22,75 % d'hommes, avec un âge médian de 43 ans, celle de Wenceslas Yaba (12) au Gabon en 2013 où le sex ratio était de 0,71 en faveur des femmes avec un âge moyen de 39 ans et celle d'Ayekoe Adou Ignace (13) où l'âge des patients variait de 20 à 60 ans avec une moyenne de 40 ans où les femmes représentaient 71,6 % des patients enrôlés. Contrairement aux précédents résultats, l'étude Ki-Zerbo G.A (14). à Dakar au Sénégal en 2002 avait inclus 80 % d'hommes contre 20 % de femmes, l'étude ASTRA a inclus 81% d'hommes contre 19 % de femmes (15). Dans l'étude Ojikuto B *et al* (16), basée sur les modèles de dépistage du VIH, les connaissances et l'expérience de la stigmatisation entre les Noirs nés et non-américains du Massachusetts avait noté 53,1% des hommes non-américains (16), l'étude Zongo M en 2009 sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin a inclus 51 PVVIH dont 58,8 % d'hommes et 41,2 % de femmes (17) et l'étude Julio Alfonso en 2008 a porté sur 25 femmes et 39 hommes séropositifs, soit 39,1% de femmes contre 60,9% d'hommes (18).

La similitude sur l'âge moyen de $50,4 \pm 10,7$ ans chez les PVVIH pouvait se justifier par la chronicisation de l'infection à VIH (2) et celui de $41,8 \pm 16,6$ ans chez les Non-PVVIH pouvait se justifier par la nature de la population d'étude issue de la population générale kinoise dont l'âge moyen

avoisine la quarantaine (10). En ce qui concerne le sexe, quatre études ont inclus plus de femmes que d'hommes (4,11) et cinq études ont inclus plus d'hommes que de femmes (15, 17-19). Cette différence semble être due par le fait que dans les premières études, les échantillons avaient été tirés des populations africaines ressemblant à la population congolaise en général et kinoise en particulier constituée essentiellement par les femmes d'une part (2, 10, 20-21) ; les données sont conformes à la littérature en revanche pour l'étude anglaise (2).

La majorité des PVVIH vivaient seules (sujets célibataires, veufs et divorcés), soit 67,1 % contre 32,9 % des mariées et 63,3% des Non-PVVIH vivant seuls contre 32,7% mariées. Ces données rejoignent celles de Bepouka. *et al.* (11) Ojikuto B *et al.* (16) et Zongo M (17) avec respectivement, 59 %, 53,1 % et 60 % des vivants seuls contre 44,4% et 40% des mariés, mais elles diffèrent de celles d'Ayekoe où 55,9% des sujets mariés contre 44,1% de vivants seuls (14) et des EDS-RDC 2007 et 2013 (2). Cette différence pouvait se justifier par le fait que l'âge de la quarantaine constitue l'âge de la maturité et nécessite l'accompagnement d'un partenaire (2). En effet, la crainte de vivre seul exposerait aux symptômes de stress et d'anxiété (2).

Dans la présente étude, 9,2 % des PVVIH utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels contre 17,4 % des Non-PVVIH. Dans l'étude gabonaise sur les comportements sexuels et usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, 66 % des enquêtés affirmaient avoir utilisé le préservatif ; 49,5 % déclaraient avoir toujours utilisé le préservatif avec leur partenaire principal les 6 derniers mois, 52,4 % affirmaient utiliser le préservatif avec des partenaires autres que le partenaire principal et 38,6 % avaient déclaré avoir utilisé systématiquement les préservatifs quel que soit le partenaire au cours des 6 derniers mois (12). Le même constat a été observé lors d'une étude à Abidjan où 53,5 % des patients ayant déclaré avoir porté les préservatifs de façon régulière au cours des rapports sexuels durant les 6 derniers mois dans le foyer conjugal (13). Par ailleurs, dans l'étude Mananga *et al.* (19), réalisée auprès des commerçants des six marchés kinois en 2018, 25 % des sujets ont eu recours au préservatif lors des rapports sexuels (19). L'étude Nancy E Williamson *et al.* (20) à Kampala, en Ouganda en 2007 a noté 56,4 % des femmes et 15,4 % des hommes ayant notifié l'utilisation systématique du préservatif au cours des trois mois précédents. Dans l'étude Noubissié C à Yaoundé



(Cameroun) en 2016, 38 % des participants ont manifesté une bonne intention de porter le préservatif pour se protéger du VIH/SIDA et ont malheureusement eu des rapports sexuels non protégés (21). L'analyse des résultats montre que cette asymétrie est due à l'influence exercée par des variables statistiquement inventoriées comme intermédiaires à l'intention d'agir et à l'action, c'est-à-dire qu'il existe entre l'intention d'agir et l'action des variables qui conduisent à la réalisation d'un comportement « anti-intentionnel ». Autrement dit, l'intention perd parfois l'autonomie sur le comportement (21). Il ressort des EDS-RDC 2013-14 que parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois, 13 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels (2). Ce pourcentage est de 12 % chez les femmes (2). Le port du préservatif pose encore de réels problèmes en RDC.

Dans la présente étude, 68 % des PVVIH et 76 % des Non-PVVIH avaient un niveau d'étude primaire ou secondaire, soit 79,1% des PVVIH instruites et 87,6 % des Non-PVVIH instruits. Ces résultats rejoignent la plupart des études précédentes dont celles de Zongo M (17) au Bénin en 2009, des EDS-RDC 2007-2013, de Ki-Zerbo G.A. (14) en 2014 et l'étude Mananga *et al.* (19) en 2018 en RD Congo avec respectivement 72 %, 86% & 87%, 86,7% et 78% des sujets instruits (2, 14, 16, 19).

La plupart des sujets avaient une occupation, soit 54,3% chez les PVVIH et 62,3% chez les Non-PVVIH. Ce constat a été observé dans l'étude Zongo M (17) en 2009 et celle de Ki-Zerbo G.A. (14) en 2014 avec respectivement 65% et 86,7 %. Selon le rapport EDS-RDC 2013-14, le pourcentage de femmes qui travaillent actuellement augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un minimum de 41 % à 15-19 ans à un maximum de 82 % à 45-49 ans et passant de 37 % à 15-19 ans à 95 % à 40-44 ans et 45-49 ans (2). Cette prépondérance à l'occupation pouvait s'expliquer par le fait que le secteur informel intéresse de plus en plus la population congolaise devant l'absence de la politique d'embauche (2, 9). La plupart des sujets fréquentant les églises indépendantes, soit 54,2 % chez les PVVIH et 59,9 % chez les Non-PVVIH. Ces données rejoignent les tendances actuelles d'appartenance aux églises indépendantes (9), contrairement à celle observée lors des EDS-RDC 2007-2013 (2). Néanmoins, il y a une tendance vers les croyances pentecôtistes dans nos villes expliquant la montée

des églises indépendantes (19). Plus de la moitié des PVVIH avaient un niveau socioéconomique (NSE) moyen, soit 52,1 % et 57,9 % des Non-PVVIH avec un NSE bas. Il se dégage de la présente étude que la plupart des PVVIH avaient un accompagnement psychosocial avéré et que le NSE bas chez les Non-PVVIH pouvait se justifier par le fait que cette population est issue de la population générale dont le revenu mensuel moyen par habitant s'élève à 44 \$, soit 530 \$ par an (2, 19).

Dans la présente étude, 12,2 % des PVVIH et 23,1% des Non-PVVIH consommaient de l'alcool. Au cours de l'étude EQUIPIER sur la consommation de substances et comportement sexuel à risque chez les PVVIH en France, il se dégage que 15 % consommaient de l'alcool (22). Cette coïncidence est vraisemblablement due à l'anxiété et la dépression développées par les PVVIH (22-23) et le bas niveau d'accompagnement psychosocial.

Qualité de vie

Niveau de la qualité de vie

Dans la présente étude, 15,3 % des PVVIH avaient une mauvaise qualité de vie contre 84,7 %, une bonne QDV et 95,4% des Non-PVVIH avaient une mauvaise qualité de vie contre 4,6% avec bonne qualité de vie. L'étude Essi *et al.* (2) sur l'évaluation de la qualité de vie des PVVIH à Edéa, en 2014 avait noté un score global de qualité de vie à 74,23, avec un score moyen de l'interaction sociale estimé à 64,98 (2). La qualité de vie était moins altérée dans ses composantes physique (79,03) et psychique (76,66). Il en est de même pour l'étude Busi *et al.* (24) au Cameroun en 2021 et Afangnihoun *et al.* au Bénin en 2023, où la qualité de vie moyenne des PVVIH était meilleure avec respectivement, un score moyen de 3,57 sur 5 d'une part et plus de la moitié (52,4%) d'autre part (24, 25). Néanmoins la qualité de vie liée à la santé (QVLS) était inférieure chez les personnes séropositives dans l'étude ASTRA (15). Ceci pouvait se justifier par le bas niveau d'accompagnement psychosocial. La mauvaise qualité de vie chez les personnes séronégatives de la présente étude pouvait se justifier par le manque d'accompagnement psychosocial d'une part et que cette population, en plus d'être malade, présente des problèmes existentiels voire plus que les séropositifs.

Qualité de vie et Caractéristiques cliniques des PVVIH

Dans la présente étude, la mauvaise qualité de vie des PVVIH était associée au stade clinique de la maladie selon l'OMS, aux effets secondaires dus



aux ARV et aux troubles neurocognitifs. L'apparition d'infections opportunistes au stade 4 de la maladie entraîne l'affaiblissement du système immunitaire (26), ce qui influe sur la mauvaise qualité de vie des PVVIH (2). Les effets secondaires dus à la thérapie antirétrovirale entre autres la lipodystrophie peuvent négativement influencer sur la qualité de vie des PVVIH (2). La présence des troubles neurocognitifs était associée à la mauvaise qualité de vie dans une étude évaluant la qualité de vie chez les PVVIH (2).

Qualité de vie et Caractéristiques sociodémographiques des Non-PVVIH

Dans la présente étude, la mauvaise qualité de vie des Non-PVVIH était associée à la religion, à la consommation d'alcool et aux troubles neurocognitifs.

La religion permet à l'homme d'avancer en lui dictant la bonne conduite, constituant l'un des moyens qui lui permet de supporter sa misère (9). En effet, les églises indépendantes apportent plus d'espace régulateur de partage, de croyance, de témoignage, des idées de valeur et de morale selon le charisme afro-américain (2). Les églises traditionnelles, en revanche, à cause de la dynamique de culpabilité, constituent une source importante d'anxiété avec la doctrine de châtement divin et du péché (2). Dans une étude nigériane, il se dégage que la consommation abusive d'alcool ainsi que d'autres substances psychoactives était associée à la mauvaise qualité de vie (27). S'agissant des troubles neurocognitifs (TNC), Muilu *et al.* (2) ont rapporté que la prévalence de la détérioration intellectuelle modérée a été évaluée à 8 %. Cette prévalence est similaire à celle de l'étude de Mussa *et al.* (26), réalisée au CNPP de l'Université de Kinshasa en 1992 avant l'ère des ARV. Ceci signifie que les ARV empêchent la survenue de la démence due au VIH/SIDA, mais pas l'apparition des TNC ; car l'intégrité neuronale, une fois détruite, ne se remplace pas, selon la théorie de Delmas (1). Mais peut aussi s'expliquer par le fait que ce trouble apparaît au stade terminal de la maladie (1). Ce constat est en accord avec la littérature selon laquelle les TNC demeurent une complication fréquente dans le VIH même chez les patients dont la virémie est maîtrisée (2). Par ailleurs, les chercheurs sur la qualité de vie liée à la santé proposent d'intégrer l'aspect cognitif dans le concept de qualité de vie globale (2, 10, 15, 18).

Déterminants de la mauvaise qualité de vie chez les PVVIH sous ARV

Le stade 4 de la maladie selon l'OMS et les effets secondaires dus aux ARV ont émergé comme

déterminants indépendant de la mauvaise qualité de vie chez les PVVIH, multipliant le risque respectivement par 3 et par 2.

Déterminants de la mauvaise qualité de vie chez les Non-PVVIH

La consommation d'alcool et les troubles neurocognitifs sont les seuls facteurs associés de manière indépendante à la mauvaise qualité de vie chez les non PVVIH, multipliant le risque, respectivement. Le par 3 et par 2.

Déterminants de la mauvaise qualité de vie dans l'ensemble de la population d'étude (PVVIH et Non-PVVIH)

Dans le groupe entier, seuls le statut du VIH, le niveau socioéconomique bas, la consommation d'alcool et les troubles neurocognitifs ont émergé comme déterminants indépendamment associés à la mauvaise qualité de vie.

Conclusion

La mauvaise qualité de vie est commune parmi les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sous antirétroviraux à Kinshasa. Celle-ci est liée au stade 4 de la maladie et aux effets secondaires dus aux antirétroviraux chez les séropositifs d'une part et à la consommation d'alcool et aux troubles neurocognitifs chez les personnes séronégatives au virus de l'immunodéficience humaine d'autre part. La qualité de vie et les performances neurocognitives doivent être simultanément évaluées lors de la prise en charge des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine sous antirétroviraux.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ont déclaré qu'ils n'ont pas de conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Muilu JP, Situakibanza HN, Kiyombo GM, Mananga GL et Mampunza SMM ont conçu l'étude, effectué les analyses et ont rédigé le manuscrit. Bazungula HM, Nkodila AN, Matonda TMN, Duagani YM ont effectué la collecte des données et la relecture du manuscrit.

Tous les auteurs ont participé, lu et approuvé la version finale et révisée.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui ont bien voulu participer à cette enquête, particulièrement à toutes les personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à toutes les autres personnes consultées en médecine générale.

Références

1. Strel E, Mananga GL, Motlagh M, Verbank P, Mampunza S. Right to health and sustainable health Development: Improving psychosocial



- strategies in HIV related stress. In: Health capital and sustainable socioeconomic development; 10.1201/9781420046915. Ch 5. 2009. 12-14.
2. Muilu JP, Mananga GL, Mampunza SMM. Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux à Kinshasa. *Editions Universitaires Européennes Allemagne* 2017.
 3. Mbelesso P, Tekpa G, Ndouongo PK, Yangatimbi E, Amakade-Woyengba AP, Honisse H *et al.* Facteurs déterminants des troubles neurocognitifs liés au VIH dans une cohorte de patients sous traitement antirétroviral suivis à Bangui en République centrafricaine. *Revue Neurologique* 2016; **172** (1) A6-A7.
 4. Sacktor, N.C. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *Aids*, 2005. 19 (13): 1367-1374.
 5. Fernandez L, Aulagnier M, Bonnet A, Guinard A, Pedinielli L. Outils psychométriques. In: Démarches épidémiologiques après une catastrophe. La documentation française 2005, pp 201-204. Hal-02353784.
 6. Lescure FX, Moulignier A. Troubles cognitifs associés à l'infection VIH. *J Anti Inf* 2014; 16 (2): 64-73.
 7. Gandek B, Ware JE, Bjorner JB, Aaronson N, Brazier J. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical epidemiology* 1998; **51** (11):1171-1178.
 8. Pila JM, Nzuzi TMM, Masangu HM, Mankubu AN, Bilongo AM, Nkosi MM, *et al.* Disclosure and quality of life of people living with HIV under HAART in Kinshasa, DR Congo. *J HIV Retrovirus* 2019; **5** (1) :3.
 9. Muilu JP, Kashongwe IM, Mavungu JM, Lukaso LL, Nsuela DN, Nsoki OY, *et al.* Stress, anxiété, dépression et qualité de vie des patients tuberculeux pharmacorésistants à Kinshasa, République démocratique du Congo. *Ann Afr Med* 2021; **14** (3): e4207-e4217.
 10. Lopes M, Olfson M, Rabkin J. Gender, HIV status, and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2012 Mar; **73** (3):384-391.
 11. Bepouka BI, Situakibanza HN, Kiazayawoko F, Nkodila A, Mafuta E, Lukanu P *et al.* Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. *Pan Afr Med J* 2020 ; **37** (157):1-15.
 12. Yaba W, Msellati P, Jean-Philippe C. Comportements sexuels et usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Gabon. *Santé Publique* 2013 ; **25** (6) ; 839-847.
 13. Ayekoe IA, Gakoue DZ, Madikiny C, Djoman C. Facteurs associés à l'usage du préservatif dans le foyer conjugal chez les personnes vivant avec le VIH suivies sur un Site à Abidjan. *European Scientific Journal December* 2019. **15** (36):230-245.
 14. Ki-Zerbo G.A., Ramos F., Viadro C., Sylla O., Coll-Seck A.M. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH. Etude dans le service des maladies infectieuses du CHU de Fann, Dakar/Sénégal. *Médecine d'Afrique Noire* 2002 ; **49** (3):1-10.
 15. Ada Miltz, Andrew N Phillips, Andrew Speakman, Valentina Cambiano, Alison Rodger, Andrew N Phillips *et al.* L'étude Antirétroviraux, Risque de Transmission Sexuelle et Attitudes (ASTRA) : Conception, méthodes et caractéristiques des participants. *NIHR Journals Library Royaume-Uni* 2017.
 16. Ojikuto B, Nnaji C, Sithole J, Schneider KL, Higgins-Biddle M, Craston K, *et al.* All black people are not alike: Differences in HIV testing patterns, knowledge, and experience of stigma between U.S.-born and non-U.S.-born blacks in Massachusetts. *AIDS Patient Care STDS* 2013; **27** (1) : 45-54.
 17. Zongo M, Capochichi J, Gandaho P, Coppieters Y. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin Psychosocial care of people living with HIV in Benin. *Santé publique* 2009 ; 21(6): 631-639.
 18. Julio Alfonso Piña López, Mariana Dávila Tapia, Juan José Sánchez-Sosa, Carlos



- Togawa, Oscar Cázares Robles. Association entre les niveaux de stress et de dépression et l'observance du traitement chez les personnes séropositives à Hermosillo, au Mexique ; *Rev Panam Salud Publica* 2008 ; **23** (6):377-383.
19. Mananga GL, Miezi SMM, Nkodila A, Mahamudi RM. How Gender and High-Risk Sexual Behavior are related to HIV/AIDS as a Result of Insufficient Awareness/Misinformation and Abuse of Psychoactive Substances among Merchants? *J HIV Retrovirus* 2018; 4 (1):1-5.
 20. Williamson NE, Likub J, Loughlinc KM, Nyamongod IK, Nakayimae F. Étude qualitative de l'usage du préservatif chez les couples mariés à Kampala, en Ouganda ; *Questions de Santé Reproductive* 2006 ; **14** (28):89-98.
 21. Noubissié CD. Attitudes et changement de comportements sexuels face au VIH/Sida. *Editions Universitaires Européennes Allemagne* 2016.
 22. Duracinsky M, Carrieri P, Lalanne C, Zucman D, Chassany O, Weiss L, et al. Consommation de substances et comportement sexuel à risque chez les PVVIH en France: résultats de l'étude EQUIPIER. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2018 ; **48** (4):S142-154.
 23. Kakengu FM, Balthasar CM. Facteurs motivationnels d'addiction aux substances psychoactives chez les jeunes de la commune de Kimbanseke à Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Revue européenne d'études de santé publique* 2023; **6** (1):88-139.
 24. Busi, A. N., Nsoh, M., Otieno, M. O., Ndeso, S. A., Halle-Ekane, G. E. Evaluation of quality of life and associated factors among HIV patients on antiretroviral therapy in North West region of Cameroon. *African Health Sciences* 2021, **21**(Suppl):8- 17.
 25. Afangnihoun A.P.E, Mintogbé M.M.M, Ahoussinou N.H.B.B, Ahoussinou C, Damien G., R Oloukoi et al. Déterminants de la qualité de vie des PVVIH, dix ans après l'initiation aux ARV à l'hôpital universitaire SURULERE, Cotonou, Bénin. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* 2023 ; **42** : 6-12.
 26. Mussa RM, Aliocha Nkodila Natuhoyila, Naomi Asani Kiala, Justin Pila Muilu, Gilbert Lelo Mananga. Sociodemographic and Psychological Déterminants of Neurocognitive Disorders in People Living with HIV on TARVs in Kinshasa: Cross-sectional Study. *International Journal of HIV/AIDS* 2021; **7** (2) : 61-65.
 27. Oyapero A, Erinoso O, Olatosi O. Wheels of Strain? Lifestyle Habits, Stress Perception and Quality of life among Long Distance Bus Drives in Nigeria. *West Afr. J. Med*, April 2022 ; **39** (4) :399-406

Voici comment citer cet article : Pila JM, Mumpasi HB, Nkodila AN, Masika YD, Matonda TM, Situakibanza, *et al.* Déterminants neurologiques de la mauvaise qualité de vie chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA sous antirétroviraux à Kinshasa/RD Congo. *Ann Afr Med* 2024; **17** (3): e5633-e5645. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.5>