



**HAL**  
open science

## La santé mentale des femmes séropositives en France à l'ère des thérapies antirétrovirales : quelles différences avec les hommes ? Quels enjeux ?

Marie Préau, Anne-Déborah Bouhnik, Isabelle Heard, Cécile Brunet-François, Vincent Lemoing, Fidéline Collin, Bruno Spire

### ► To cite this version:

Marie Préau, Anne-Déborah Bouhnik, Isabelle Heard, Cécile Brunet-François, Vincent Lemoing, et al.. La santé mentale des femmes séropositives en France à l'ère des thérapies antirétrovirales : quelles différences avec les hommes ? Quels enjeux ?. *Médecine/Sciences*, 2008, 24, pp.151 - 160. 10.1051/med-sci/2008242s151 . halshs-01563618

**HAL Id: halshs-01563618**

**<https://shs.hal.science/halshs-01563618v1>**

Submitted on 17 Jul 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# La santé mentale des femmes séropositives en France à l'ère des thérapies antirétrovirales : quelles différences avec les hommes ? Quels enjeux ?

Marie PRÉAU<sup>1,2,3</sup> Anne-Déborah BOUHNİK<sup>2,3</sup> Isabelle HEARD<sup>4,5</sup>, Cécile BRUNET-FRANÇOIS<sup>6</sup>, Vincent LEMOING<sup>7</sup>, Fideline COLLIN<sup>8</sup>, Bruno SPIRE<sup>2,3</sup> et les groupes d'étude Anrs-Vespa et Aproco-Copilote (Anrs-Co-8)

## Résumé

Ce travail a pour objectif de présenter différents indicateurs relatifs à la santé mentale des femmes infectées par le VIH suivies en France. Dans un premier temps, nous utiliserons les données de l'enquête Vespa, afin de présenter une analyse des facteurs associés aux tentatives de suicide. Dans un second temps, nous présentons des résultats obtenus à partir des données de la cohorte Aproco de patients infectés par le VIH et sous thérapies antirétrovirales. Nous proposons une analyse des facteurs associés à une meilleure qualité de vie physique et mentale trois années après la mise sous traitement.

Les différents résultats mettent en évidence un impact important des symptômes lipodystrophiques, ainsi que des caractéristiques socio-démographiques et psychosociales telles que les comportements de discrimination quant à la santé mentale des femmes infectées par le VIH.

L'ensemble de ces résultats est discuté au regard de l'évolution de la prise en charge des femmes infectées par le VIH, dans une logique d'optimisation des pratiques des divers acteurs concernés par cette prise en charge.

**Mots clés :** qualité de vie, suicide, lipodystrophies, effets secondaires, corporéité, santé mentale, discrimination.

Suite à l'avènement des thérapies antirétrovirales, les personnes infectées par le VIH sont, pour une grande majorité, contraintes de suivre un traitement continu sur le long, voire très long terme. Cette nouvelle ère, souvent qualifiée de normalisation, signifie que la prise en charge de l'infection par le VIH se rapproche de la prise en charge d'une maladie chronique [1, 2]. Cependant, le caractère chronique de la maladie et les contraintes du suivi et du traitement pèsent lourdement sur la vie quotidienne des per-

sonnes séropositives, frappées par la maladie souvent tôt dans l'âge adulte, brouillant les projets de vie et d'insertion sociale jusque dans leurs aspects les plus intimes.

Face à cela, il est possible de supposer que la situation des femmes face au VIH se distingue de celle des hommes. Au-delà du mode de contamination qui renvoie à des cultures et des modes de vie divers, le genre, de par ses implications médicales, sociales ou culturelles génère des situations spécifiques ayant un impact particulier sur la santé mentale des femmes infectées [3]. Ainsi, le contexte social, politique et économique qui caractérise la vie des femmes rend certaines d'entre elles plus vulnérables face au VIH/sida. Différentes études ont pu mettre en évidence une qualité de vie dégradée chez les femmes infectées par le VIH [4-11] ainsi que des difficultés particulières quant au ressenti des effets indésirables des thérapies antirétrovirales [12].

Afin d'appréhender au mieux cette notion abstraite de santé mentale [13], nous allons nous arrêter sur deux critères qui nous paraissent pertinents dans ce contexte : les tentatives de suicide [14, 15] et la qualité de vie.

Une recherche approfondie sur les tentatives de suicide devrait nous permettre de comprendre et d'évaluer plus précisément la santé mentale des personnes infectées par le VIH. Cet intérêt est justifié, si l'on considère les données de la littérature selon lesquelles les femmes sont plus nombreuses à effectuer des tentatives de suicide [3, 16-18]. L'ensemble de ces éléments nous semble justifier le fait de nous centrer sur la problématique du suicide dans le cadre d'une étude sur la santé mentale des femmes infectées par le VIH.

Pourquoi la qualité de vie ? Les temps de la maladie sont des temps d'expérience subjective et la reconnaissance progressive de la charge psychosociale de cette expérience se traduit assez justement dans la notion de qualité de vie, compromis entre le point de vue des sciences sociales et celui de la médecine. La définition la plus connue attribuée à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) situe la qualité de vie dans une perspective de santé publique et la définit comme « *la perception qu'a l'individu de sa*

<sup>1</sup> LabÉCD, Université de Nantes, Nantes.

<sup>2</sup> Unité Inserm 379, Marseille.

<sup>3</sup> Observatoire régional de la santé PACA, Marseille.

<sup>4</sup> Unité Inserm 430, Paris.

<sup>5</sup> Hôpital européen Georges Pompidou, Paris.

<sup>6</sup> Hôtel-Dieu, Nantes.

<sup>7</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Gui de Chaumié, Montpellier.

<sup>8</sup> Unité Inserm 593, Bordeaux.

*place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » [19, 20]. Dans cette définition très ouverte, la qualité de vie est la perception de soi dans le monde, c'est une perception d'un soi social en termes de position et de rôle. Cette perception est variable et déterminée par un ensemble complexe de facteurs qui caractérisent une position existentielle [6, 11].

L'utilisation des thérapies antirétrovirales (avec inhibiteurs de protéase ou inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse) engendre différents effets indésirables qui se différencient selon qu'ils apparaissent à court ou à long terme. Parmi les effets indésirables à long terme de ces traitements antirétroviraux, on compte le syndrome lipodystrophique [21, 22]. Ce syndrome se caractérise par un trouble de la répartition des graisses souvent associé à des anomalies métaboliques. Les anomalies morphologiques rendent la maladie visible. Elles se caractérisent par la perte du tissu adipeux sous-cutané, appelée lipo-atrophie, celle-ci étant associée ou non à une accumulation de graisse, au niveau de la ceinture abdominale notamment, ou lipo-hypertrophie [23]. Il est nécessaire, dans les recherches sur la qualité de vie, de distinguer ces différents types d'anomalies morphologiques et d'en évaluer l'impact en termes de remise en cause de l'identité personnelle sur l'évaluation subjective de la qualité de vie.

Nous proposons l'hypothèse selon laquelle les éventuels ajustements et, par conséquent, les constructions de sens autour d'une nouvelle image corporelle engendrée par la survenue du syndrome lipodystrophique, pourraient avoir un impact sur l'évaluation de la qualité de vie.

Notre premier objectif consiste à présenter des données représentatives concernant les tentatives de suicide de la population infectée par le VIH suivie en milieu hospitalier et vivant en France. Il apparaît pertinent de proposer une analyse distincte des facteurs associés au fait de rapporter une tentative de suicide chez les femmes et chez les hommes.

Le second objectif consiste à déterminer les facteurs associés à une meilleure qualité de vie de façon distincte chez les femmes et les hommes infectés par le VIH durant la phase de maintenance de leur traitement, en explorant plus spécifiquement l'impact de cet effet indésirable particulier qu'est le syndrome lipodystrophique.

## Matériel et méthodes

### Sources de données

Pour effectuer notre recherche, nous avons utilisé les données de l'enquête Anrs-Vespa et celles de la cohorte Anrs-Aproco.

### L'enquête Anrs-Vespa

En 2003, l'Anrs a financé une enquête nationale transversale (Vespa : VIH enquête sur les personnes atteintes), réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 4 963 patients infectés par le VIH. Pour la description détaillée de la méthodologie de cette enquête, voir page 215.

Le questionnaire médical comportait 398 questions portant sur la vie quotidienne et les conditions de vie. Il comprenait notamment des questions sur les antécédents de tentatives de suicide, les comportements ressentis de discriminations dues à la séropositivité et les consommations de produits au cours des douze mois précédant l'enquête.

### La cohorte Anrs-Aproco

Cette étude a consisté en une analyse transversale de données issues de la cohorte Anrs-Aproco (AntiPROtéase Cohorte), cohorte nationale, multicentrique, d'observation prospective. Son objectif est d'étudier l'évolution clinique et biologique, ainsi que les comportements d'observance des patients infectés par le VIH ayant démarré un traitement par thérapies antirétrovirales avec inhibiteur de protéase, dans le contexte de la pratique des prescriptions antirétrovirales en 1997. Les patients répondant aux critères d'inclusion dans les centres participants ont été inclus dans la cohorte. Les données clinicobiologiques et thérapeutiques concernant l'infection par le VIH ont été recueillies de façon standardisée auprès de l'équipe médicale et un auto-questionnaire a été proposé aux patients. Celui-ci comprenait des données sociodémographiques (âge, sexe, vie en couple, enfants), socio-économiques (emploi, logement), sociocomportementales et psychosociales. Ont été incluses : la version française de l'échelle de mesure de la qualité de vie SF-36 [25], la présence de symptômes dépressifs grâce à l'échelle CES-D [26], des questions concernant le soutien social (famille et amis), ainsi que des questions concernant les relations avec le médecin et l'équipe médicale [6]. L'échelle SF-36 est une échelle de qualité de vie générique qui explore huit dimensions à partir desquelles il est possible de calculer deux scores synthétiques : un score agrégé de qualité de vie physique et un score agrégé de qualité de vie mentale. Il est aussi demandé au patient d'évaluer les effets indésirables de son traitement à l'aide d'une échelle d'effets indésirables perçus, construite spécifiquement pour la problématique de l'infection à VIH dans le contexte des thérapies antirétrovirales. Cette échelle a été utilisée à de nombreuses reprises dans le cadre de la cohorte Aproco [9, 27]. Elle contient neuf items se rapportant aux lipodystrophies (modification de l'aspect physique général, amaigrissement des joues, augmentation du ventre ou de la taille, amaigrissement des bras, amaigrissement des fesses, amaigrissement des jambes, augmentation des veines des jambes, augmentation du tour de poitrine, apparition d'une bosse ou accumulation graisseuse au niveau de la nuque). Trois indicateurs ont été créés à partir de ces items : un indicateur

d'existence d'un syndrome lipodystrophique, si la personne rapporte l'apparition d'au moins un des symptômes précédemment cités, un indicateur de lipo-atrophie si la personne rapporte au moins un des symptômes relatif à un amaigrissement, et un indicateur de lipo-hypertrophie dans les cas où l'individu rapporte au moins un des items relatifs à une accumulation graisseuse.

## Analyses statistiques

### *L'enquête Anrs-Vespa*

À partir des données de l'enquête Vespa, nous avons recherché les caractéristiques des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les analyses ont été menées séparément chez les femmes et chez les hommes, après avoir comparé leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales. Des régressions logistiques ont permis d'identifier les facteurs indépendamment associés au fait d'avoir déjà tenté à ses jours.

### *La cohorte Anrs-Aproco*

Une analyse des déterminants de la qualité de vie trois ans après le début du traitement a été menée de manière transversale auprès des patients ayant répondu à l'auto-questionnaire posé après trois ans de traitement. Nous avons tout d'abord comparé les patients inclus dans notre analyse, c'est-à-dire les patients ayant rempli l'auto-questionnaire après trois ans de suivi, avec les patients de la cohorte exclus de notre analyse du fait de données manquantes dans l'auto-questionnaire rempli après trois ans de traitement antirétroviral.

Puis, afin de déterminer les facteurs indépendamment associés à une meilleure qualité de vie mentale d'une part et à une meilleure qualité de vie physique, d'autre part, des analyses de variance (Anova) et des analyses de covariance (Ancova) ont été menées conjointement chez les hommes et chez les femmes. Les variables associées à la qualité de vie (mentale ou physique) avec un  $p$  inférieur à 0,25 en analyse univariée étaient éligibles pour l'analyse multiple.

## Résultats

### Les tentatives de suicide

Le nombre de femmes incluses dans l'enquête Vespa était de 845 (28,8 % de l'échantillon). Par rapport aux hommes, elles se caractérisent par une proportion plus importante de personnes de moins de 35 ans et de nationalité étrangère. Elles sont en plus grande précarité sociale, avec un niveau d'éducation et un taux d'emploi inférieurs ainsi que dans une situation financière plus difficile (tableau 1). Les femmes ont été contaminées par le VIH le plus souvent lors de rapports sexuels (77 %) et 16,5 % l'ont été par injection de drogue. Diagnostiquées plus récemment,

les femmes sont moins souvent traitées par thérapies antirétrovirales mais, en revanche, leurs paramètres biologiques ne se distinguent pas de ceux des hommes.

Une personne sur cinq rapporte avoir consommé des anxiolytiques au cours des 12 derniers mois, sans distinction entre les hommes et les femmes. En revanche, les femmes sont de plus grandes consommatrices d'antidépresseurs et sont plus nombreuses à avoir des antécédents de tentatives de suicide (26,7 % versus 19,5 % ;  $p < 0,001$ ).

Le tableau 2 montre que les femmes ayant déjà fait une tentative de suicide sont plus jeunes et plus souvent de nationalité française que celles qui n'en ont pas fait. Plus souvent sans-emploi et en situation de précarité financière, elles ont également plus fréquemment un passé d'usage de drogue et sont plus souvent co-infectées par le virus de l'hépatite C (tableau 2). D'un point de vue clinique, elles ne se distinguent pas du reste de l'échantillon. Elles signalent cependant plus souvent la présence de symptômes lipodystrophiques.

Ces femmes rapportent davantage de soutien de la part de la famille et des amis. Par ailleurs, elles ont plus fréquemment révélé leur séropositivité à leur entourage (32,6 % l'ont révélée à tout leur entourage, versus 17,8 % des autres femmes ;  $p < 0,001$ ). Elles déclarent avoir été exposées à davantage d'attitudes de stigmatisations liées à leur séropositivité, que ce soit de la part de leur famille (24,8 % versus 10 % pour les autres femmes ;  $p < 0,001$ ), de leurs amis (23 % versus 10 % ;  $p < 0,001$ ), de partenaires sexuels (23,5 % versus 14,1 % ;  $p < 0,001$ ), de soignants (32,3 % versus 23,3 % ;  $p < 0,001$ ) ou dans le travail (12,8 % versus 5,2 % ;  $p < 0,001$ ). Après ajustement multiple à l'aide d'un modèle logistique, le fait d'être une femme jeune, de nationalité française et de rapporter une situation financière difficile ou très difficile apparaît indépendamment associé au fait de rapporter un ou plusieurs antécédents de tentatives de suicide. En plus de ces facteurs, rapporter la présence de symptômes lipodystrophiques reste également associé à la déclaration de tentatives de suicide, ainsi que le score de discrimination qui y est linéairement associé.

La même analyse menée chez les hommes montre que, même si la prévalence des tentatives de suicide est inférieure, les facteurs qui y sont associés sont sensiblement les mêmes (données non présentées). Le seul facteur supplémentaire est le niveau d'études : avoir un niveau d'études supérieur réduit la probabilité d'avoir tenté à ses jours au cours de sa vie. Enfin, une analyse globale des facteurs associés au fait de rapporter une tentative de suicide montre très clairement un effet lié au genre ( $p < 0,001$ ).

### La qualité de vie

La population de cette sous-étude est composée de 706 patients de la cohorte Aproco. Sur les 1 119 personnes de la cohorte et

Tableau 1  
**Caractéristiques des hommes et des femmes inclus**  
**dans l'enquête Anrs-Vespa (n = 2932)**  
**Données pondérées**

	Hommes n = 2 087	Femmes n = 845	p
	%	%	
<b>Âge</b>			
Moins de 35 ans	13,5	28,6	< 0,001
35-44 ans	47,9	46,3	
45 ans et plus	38,6	25,1	
<b>Niveau d'éducation &gt; baccalauréat</b>			
Non	33,1	21,9	< 0,001
Oui	66,9	78,1	
<b>Nationalité</b>			
Française	84,3	64,1	< 0,001
Autre	15,7	35,9	
<b>Partenaire principal (plus de 6 mois)</b>			
Non	44,5	41,9	0,203
Oui	55,5	58,1	
<b>Enfant</b>			
Non	68,4	36,0	< 0,001
Oui	31,6	64,0	
<b>Emploi</b>			
Non	42,6	56,3	< 0,001
Oui	57,4	43,7	
<b>Situation financière</b>			
Satisfaisante	75,7	60,8	< 0,001
Difficile	17,1	24,2	
Très difficile	7,2	15,0	
<b>Mode de transmission</b>			
Homosexuel	56,4	—	—
UDI*	17,5	16,5	
Hétérosexuel	20,8	76,7	
Autre	5,2	6,7	
<b>Diagnostic après 1996</b>			
Non	64,7	58,7	0,002
Oui	35,3	41,3	
<b>Taux de CD4 &gt; 200/ml</b>			
Non	10,8	9,2	0,199
Oui	89,2	90,8	
<b>Charge virale indétectable</b>			
Non	32,1	34,9	0,142
Oui	67,9	65,1	
<b>Traitement par multithérapie</b>			
Non	17,8	26,0	< 0,001
Oui	82,2	74,0	
<b>Consommation d'anxiolytiques**</b>			
Non	79,7	77,7	0,213
Oui	20,3	22,3	
<b>Consommation d'antidépresseurs**</b>			
Non	91,0	87,8	0,009
Oui	9,0	12,2	

\* Usager de drogues intraveineuses.

\*\* Dans les douze mois précédant l'enquête.

ayant rempli l'auto-questionnaire à l'inclusion, 706 ont répondu aux données de qualité de vie après trois ans sous traitement antirétroviral, ce qui représente 64 % de l'échantillon. L'âge moyen de ces personnes était de 38 ans et 79 % étaient des hommes ; 58 % bénéficiaient d'un emploi et 67 % avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Les caractéristiques de ces patients figurent dans le tableau 3.

Nous avons comparé les personnes ayant répondu aux données de qualité de vie après trois ans de traitement à celles présentant des données manquantes à ces questions. Le tableau 3 montre que les répondants avaient plus fréquemment une situation professionnelle, qu'ils étaient plus souvent de sexe masculin et plus fréquemment contaminés par relations homosexuelles. Ils étaient également plus âgés, avec un niveau d'études plus élevé. D'un point de vue thérapeutique, ces personnes avaient plus fréquemment suivi un traitement antirétroviral avant de commencer les multithérapies, elles présentaient une charge virale plus basse à l'inclusion dans la cohorte et il s'agissait plus fréquemment de personnes ayant atteint le stade sida ; en revanche, le taux de CD4 au début du traitement ne variait pas d'un groupe à l'autre.

#### *La qualité de vie mentale après trois ans sous traitement*

Chez les hommes, le fait de rapporter un symptôme en lien avec la lipo-atrophie, à savoir une atteinte objective de la corporéité en termes de perte de poids visible et/ou subjective (notamment au niveau du visage) était indépendamment associé à une moins bonne qualité de vie mentale (tableau 4). Les autres facteurs indépendamment associés à une moins bonne qualité de vie mentale étaient le fait de déclarer ne pas recevoir de soutien social de la part de sa famille et ses amis, ne pas être satisfait des explications de l'équipe médicale, de ne pas avoir de logement confortable ainsi que le fait d'avoir été contaminé par usage de drogue.

Chez les femmes, déclarer des lipo-hypertrophies et, donc, une atteinte de la corporéité était indépendamment associé à une moins bonne qualité de vie mentale (tableau 4). Le second facteur déterminant une bonne qualité de vie mentale des femmes, en analyse multivariée, concernait le fait d'avoir une situation professionnelle.

#### *La qualité de vie physique après trois ans sous traitement*

Chez les hommes, les facteurs indépendamment associés à une moins bonne qualité de vie physique étaient les suivants : le fait de rapporter au moins un symptôme en lien avec la lipo-atrophie ou la lipo-hypertrophie (c'est-à-dire soit une accumulation de graisse sur certaines parties du corps, soit une perte de tissu adipeux sur d'autres parties du corps), le fait d'avoir des enfants, d'être contaminé depuis une longue période, de présenter des symptômes dépressifs ainsi que le fait d'avoir été contaminé par usage de drogue (tableau 5).

Tableau 2

**Caractéristiques des femmes ayant un antécédent de tentative de suicide dans l'enquête Anrs-Vespa (n = 845). Données pondérées**

	Antécédent de tentative de suicide		p	OR ajusté [IC 95 %]
	Non n = 619	Oui n = 226		
<b>Âge moyen (<math>\sigma</math>) (OR calculé pour 10 années en plus)</b>	40,5 (9,9)	38,7 (8,6)	0,019	0,77 [0,63-0,94]
	%	%		
<b>Niveau d'études &gt; baccalauréat</b>				
Non	78,7	76,7	0,53	
Oui	21,3	23,3		
<b>Emploi</b>				
Non	53,2	64,8	0,003	
Oui	46,8	35,2		
<b>Immigrante</b>				
Non	61,2	72,1	0,003	1
Oui	38,8	27,9		0,6 [0,4-0,8]
<b>Situation financière</b>				
Satisfaisante	65,4	48,2	< 0,001	1
Difficile	22,1	29,6		2,1 [1,4-3,0]
Très difficile	12,4	22,1		2,3 [1,5-3,6]
<b>Partenaire principal (plus de 6 mois)</b>				
Non	40,5	45,6	0,19	
Oui	59,5	54,4		
<b>Important soutien de la famille</b>				
Non	57,5	43,4	< 001	
Oui	42,5	56,6		
<b>Important soutien des amis</b>				
Non	58,5	46,9	0,003	
Oui	41,5	53,1		
<b>Diagnostic après 1996</b>				
Non	56,9	63,7	0,07	
Oui	43,1	36,3		
<b>Infectée par le VIH par injection de drogue</b>				
Non	85,9	76,5	0,001	
Oui	14,1	23,5		
<b>Co-infectée par le VHC</b>				
Non	80,1	70,4	0,003	
Oui	19,9	29,6		
<b>Effets secondaires des traitements</b>				
Inexistants ou peu gênants	75,9	71,7	0,21	
Assez gênants ou très gênants	24,1	28,3		
<b>Symptômes lipodystrophiques</b>				
Non	55,3	45,1	0,009	1
Oui	44,7	54,9		1,4 [1,0-1,9]
<b>Score de discrimination<sup>1</sup></b>				
0	57,8	35,8	< 0,001	1
1	27,1	29,2		1,6 [1,1-2,4]
2	10,0	17,3		2,2 [1,4-3,7]
3-4	5,0	17,7		4,1 [2,4-7,2]

<sup>1</sup> Nombre de contextes dans lesquels se sont exercées des discriminations dues au VIH parmi les suivants : famille, amis, travail, partenaires sexuels, soignants.

Tableau 3  
**Comparaison des caractéristiques des patients répondants et non-répondants dans l'étude sur la qualité de vie après trois ans sous trithérapies antirétrovirales (cohorte Anrs-Aproco n = 1 119)**

	Patients non répondants n = 413	Patients répondants n = 706	p
Âge moyen ( $\sigma$ )	37,2 (8,3)	38,4 (9,2)	< 0,001 <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	
Hommes (versus femmes)	306 (74)	561 (79)	0,038 <sup>b</sup>
Emploi (versus non-emploi)	220 (53)	410 (58)	< 0,001 <sup>b</sup>
Charge virale (log copies/ml), [mediQR]	4,6 [3,8 ; 5,2]	4,4 [3,6 ; 5,1]	0,045 <sup>a</sup>
Niveau d'études < bac (versus $\geq$ bac)	309 (75)	469 (67)	0,004 <sup>b</sup>
CD4/ml < 200 (versus $\geq$ 200)	153 (37)	234 (33)	0,181 <sup>b</sup>
<b>Groupe de transmission</b>			
Utilisateurs de drogues	91 (22)	107 (15)	0,002 <sup>b</sup>
Homosexuels	146 (35)	309 (44)	
Hétérosexuels	143 (35)	216 (31)	
Autres	33 (8)	74 (10)	
Ne jamais avoir pris de traitement antirétroviral (avoir pris)	203 (49)	280 (40)	0,002 <sup>b</sup>
Stade clinique C (versus A ou B)	79 (19)	141 (20)	0,732 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test T    <sup>b</sup> Test de Chi Deux    <sup>c</sup> Test Mann Whitney.

Tableau 4  
**Facteurs indépendamment associés à une meilleure qualité de vie mentale, selon le sexe, après trois ans de thérapies antirétrovirales (cohorte Anrs-Aproco ; n = 706 ; Ancova multiple)**

	Hommes n = 561 R <sup>2</sup> = 0,29		Femmes n = 145 R <sup>2</sup> = 0,43	
	$\beta$ [IC 95 %]	p	$\beta$ [IC 95 %]	p
QDV* mentale à l'initiation du traitement	0,33 [0,25 ; 0,42]	< 0,001	0,60 [0,43 ; 0,76]	< 0,001
Emploi à MO**	1,37 [- 0,68 ; 3,41]	0,189	3,38 [- 0,39 ; 7,15]	0,078
Logement confortable à MO**	2,00 [0,04 ; 3,94]	0,045	1,95 [- 1,95 ; 5,85]	0,324
<b>Groupe de transmission</b>				
Utilisateurs de drogue IV	réf.		réf.	
Homosexuels	2,98 [0,03 ; 6,00]	0,044	0,96 [- 3,86 ; 5,79]	0,693
Hétérosexuels	3,32 [0,10 ; 6,74]	0,048	-	-
Autres	4,52 [0,56 ; 8,49]	0,026	- 0,51 [- 7,56 ; 6,55]	0,887
Satisfaction des explications de l'équipe médicale	2,64 [0,72 ; 4,57]	0,007	- 0,57 [- 4,30 ; 3,16]	0,763
Important soutien social du partenaire, de la famille et des amis	3,70 [1,66 ; 5,74]	< 0,001	- 0,62 [- 5,02 ; 3,78]	0,780
Lipo-atrophies <sup>1</sup>	- 3,63 [- 5,68 ; - 1,57]	0,001		
Lipo-hypertrophies <sup>2</sup>	- 1,18 [- 3,30 ; 0,94]	0,273	- 5,53 [- 9,54 ; - 1,52]	0,007

\* Qualité de vie ; \*\* À l'entrée dans la cohorte.

<sup>1</sup> Amaigrissement des joues, des bras, des fesses, et/ou des jambes.

<sup>2</sup> Augmentation du ventre ou de la taille, augmentation des veines des jambes, du tour de poitrine, et/ou apparition d'une bosse au niveau de la nuque.

Tableau 5  
Facteurs indépendamment associés à une meilleure qualité de vie physique  
après trois ans sous thérapies antirétrovirales (cohorte Aproco ; n = 706, Ancova multiple)

	Hommes n = 561 R <sup>2</sup> = 0,35		Femmes n = 145 R <sup>2</sup> = 0,51	
	β [IC 95 %]	p	β [IC 95 %]	p
<b>QDV* physique à l'initiation du traitement</b>	0,30 [0,23 ; 0,38]	< 0,001	0,35 [0,19 ; 0,52]	< 0,001
<b>Enfant à MO**</b>	- 1,98 [- 3,46 ; - 0,50]	0,009	- 0,92 [- 3,87 ; 2,04]	0,539
<b>Niveau d'études &gt; bac</b>	0,89 [- 0,45 ; 2,23]	0,193	4,74 [1,77 ; 7,72]	0,002
<b>Groupe de transmission</b>				
Utilisateurs de drogue intraveineuse	réf.		réf.	
Homosexuels	2,79 [0,59 ; 4,98]	0,013	-	-
Hétérosexuels	1,73 [- 0,66 ; 4,13]	0,156	- 1,44 [- 5,28 ; 2,39]	0,456
Autres	1,20 [- 1,54 ; 3,93]	0,390	- 3,06 [- 8,62 ; 2,50]	0,277
<b>Temps depuis le diagnostic de séropositivité ≥ 8 ans</b>	- 1,87 [- 3,40 ; - 0,35]	0,016	- 2,36 [- 5,40 ; 0,68]	0,127
<b>CD4+ ≥ 200/ml</b>	- 0,50 [- 3,60 ; 2,60]	0,753	6,89 [0,45 ; 13,32]	0,045
<b>Symptomatologie dépressive</b>	- 1,27 [- 2,59 ; 0,43]	0,058	- 4,68 [- 7,47 ; - 1,89]	0,001
<b>Syndrome lipodystrophique</b>	- 1,00 [- 2,65 ; 0,64]	0,230	- 4,68 [- 8,00 ; - 1,36]	0,006
<b>Lipo-atrophies<sup>1</sup></b>	- 1,61 [- 3,18 ; - 0,04]	0,045	3,51 [0,20 ; 6,82]	0,038
<b>Lipo-hypertrophies<sup>2</sup></b>	- 1,32 [- 2,79 ; 0,15]	0,069	- 4,38 [- 7,58 ; - 1,19]	0,008

\* Qualité de vie ; \*\* À l'entrée dans la cohorte.

<sup>1</sup> Amaigrissement des joues, des bras, des fesses, et/ou des jambes.

<sup>2</sup> Augmentation du ventre ou de la taille, augmentation des veines des jambes, du tour de poitrine, et/ou apparition d'une bosse ou boule à la nuque.

Chez les femmes, les facteurs indépendamment associés à une moins bonne qualité de vie physique étaient : le fait de présenter un syndrome mixte associant lipo-hypertrophie et lipo-atrophie, le fait d'avoir un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat, de présenter des caractéristiques immunologiques dégradées, ainsi que des symptômes dépressifs (tableau 5).

## Discussion

Les résultats présentés proviennent de deux enquêtes tout à fait différentes, aussi bien du point de vue de la population dont elles sont représentatives que des informations qu'elles apportent.

Un premier point fondamental concerne la proportion importante des tentatives de suicide dans un échantillon représentatif de personnes vivant avec le VIH/sida suivies en France. Parmi ces dernières, une sur cinq a déjà tenté à sa vie. Force est de constater que cette proportion est largement supérieure aux données rapportées dans la population générale française. En effet, parmi les adultes français, la prévalence des tentatives de suicide est de 8 % (données 2005) [18]. Cet écart entre la population française et la population infectée par le VIH est d'autant plus saillant que l'on compare la prévalence selon le genre. En effet, dans la population française, les tentatives de suicide concernent 6 % des hommes et 9 % des femmes. Dans l'enquête Vespa,

les tentatives de suicide concernent 19 % des hommes et 27 % des femmes. Ce premier résultat signale donc une vulnérabilité importante des femmes infectées par le VIH face au suicide et, donc, des états psychologiques dégradés qui y sont associés.

Différents facteurs apparaissent associés à la probabilité de rapporter une tentative de suicide et, plus particulièrement, des facteurs sociodémographiques : le fait d'être une femme, le jeune âge, une situation financière dégradée ou la nationalité française.

L'un des autres facteurs particulièrement déterminants concerne le ressenti de stigmatisation du fait d'une séropositivité au VIH. Ces comportements sont décrits dans la littérature [28, 29] comme associés à différents indicateurs de santé mentale ou encore aux comportements d'observance [8, 30, 31], mais pas clairement aux tentatives de suicide. Force est de constater que, en dépit des progrès considérables réalisés dans la prise en charge de l'infection par le VIH et la survie des patients, le regard social porté sur cette pathologie demeure problématique, en raison des sentiments et des comportements de stigmatisation qu'elle génère [32, 33]. De nombreuses enquêtes en population soulignent le tabou et les comportements de discrimination associés au statut de séropositif [28-30, 34-36]. Il demeure toujours extrêmement délicat d'annoncer sa séropositivité. Par ailleurs, même si l'on constate une évolution sensible des connaissances



sur la maladie, la compréhension des modes de transmission reste toujours incomplète [37]. De ce fait, on note de la part des personnes infectées par le VIH de nombreuses pratiques de contournement qui découlent de stratégies employées pour maîtriser le secret sur leur maladie. Savoir le dire est l'enjeu même du « paradoxe du discréditable » : le révéler au risque de l'isolement, le cacher au risque de la solitude [38]. Les stratégies observées connaissent de grandes variantes entre le secret absolu et le partage du secret avec quelques confidents comme cela a pu être largement documenté [39-43].

Dans la continuité des résultats présentés sur le suicide, les déterminants de la qualité de vie mis en évidence par les données de la cohorte Aproco soulignent l'importance de l'expérience thérapeutique du VIH/sida sur la santé mentale des femmes vivant avec cette maladie et recevant un traitement antirétroviral au long cours. Parmi ces déterminants ont été notamment retrouvés les relations médecin-patient, le soutien social [6, 44, 45] et, surtout, le syndrome lipodystrophique, l'un des principaux facteurs, dont le signalement comme effets indésirables est le plus fréquent et dont l'impact était peu connu jusqu'à présent. Ce même facteur étant associé au fait de rapporter une tentative de suicide, nous allons nous y intéresser plus spécifiquement afin d'en comprendre l'ampleur et d'évaluer son impact sur la santé mentale des femmes infectées par le VIH.

L'altération de l'image corporelle due à la survenue d'effets indésirables des thérapies antirétrovirales tels que les lipodystrophies a un effet particulièrement dommageable, notamment sur la qualité de vie. Les résultats de cette étude montrent un effet délétère des lipodystrophies sur la qualité de vie physique, pouvant s'expliquer par leur effet fonctionnel qui affecte les capacités physiques ou par un mécanisme biologique commun – la toxicité mitochondriale des traitements antirétroviraux – altérant à la fois la répartition des graisses et l'état général.

Par ailleurs, la qualité de vie mentale est principalement affectée par les lipo-hypertrophies pour les femmes et les lipo-atrophies pour les hommes. Ces résultats peuvent être interprétés en référence à la norme sociale de « profil corporel ». Les profils féminins plutôt minces sont socialement valorisés et les femmes souffrant de lipo-atrophies sont moins nombreuses à être insatisfaites ou gênées par cette perte de poids, même si elle n'affecte que certaines parties du corps. L'infection par le VIH compromet l'estime de soi au sens où elle remet en question l'intégrité structurale du corps ainsi que ses capacités d'attraction physique et sexuelle. Ainsi, dans le processus d'attrait exercé par la beauté, la présence et la perception du visage jouent un rôle privilégié. Sur un plan très général, Simmel a cherché à dégager « la signification esthétique du visage » [46]. « Dans le corps humain, le visage est ce qui possède au plus haut point une unité intrinsèque » [46]. La preuve en est qu'une modification ou une déformation même minime peuvent changer radicalement son caractère et son expression. En outre « grâce à sa mobilité et

à son pouvoir d'expression, il est seul à devenir comme le lieu géométrique de la personnalité intime » [47]. Ainsi, le visage constitue sans doute la part la plus singulière de l'apparence, il permet d'identifier chacun même dans un champ social étendu et en deçà du langage.

Pour les femmes infectées par le VIH, il est fondamental de rappeler que la remise en cause de l'identité sociale passe par le souci des autres qui peuvent toujours devenir des juges stigmatisants [48]. Ainsi, comme le souligne Santiago : « corporéité, émotion et rapport à autrui semblent liés dès la naissance (...) à l'ancrage de l'être humain dans sa corporéité et sa sociabilité soutient un modèle de l'être humain incarné, conçu comme un système ouvert sur la relation au monde et sur son milieu et ses transformations » [49, p. 275]. La modélisation de l'ensemble de ces paramètres a permis à Santiago de proposer le modèle « corporo-sociopsychologique » au sein duquel est intégrée la dimension d'un « milieu bio » en tant qu'élément d'un système social qui en fait un milieu « corporo-sociopsychologique ». Comme le précise cet auteur, la spécificité de ce modèle réside dans le fait qu'il intègre l'énergétique, le développemental et le vécu concret humain, et cela tout en modélisant les liens entre corporéité, affectivité/cognition et socialisation. En effet, les ajustements au monde comme les différentes manières de faire face à un événement difficile dépendent non seulement du sujet, mais également des interprétations subjectives de sa corporéité et des intégrations possibles ou non des systèmes cognitifs, émotionnels et affectifs [49]. Tel que le développe ce modèle et comme le décrit l'approche phénoménologique appliquée au malade, les modifications corporelles engendrées par l'expérience de la maladie et des traitements nécessitent pour le sujet une réadaptation de l'identité, notamment dans son rapport à l'environnement social.

Par ailleurs, par leurs effets indirects, et au-delà de la problématique de la qualité de vie, ces changements touchant l'image corporelle peuvent avoir un impact sur la volonté des femmes de poursuivre leur traitement, comme cela a pu être mis en évidence précédemment [50], sur l'observance au traitement [27], mais aussi sur les tentatives de suicide comme le mettent en évidence les données issues de l'enquête Vespa. Ce résultat souligne, une fois encore, la nécessité de développer une prise en charge psychologique adaptée qui tienne compte des effets secondaires des thérapies antirétrovirales.

Il faut souligner les limites méthodologiques de ces études. Pour ce qui concerne les résultats de l'enquête Vespa, il est important de rappeler qu'il s'agit de données transversales et que nous ne disposons d'aucune information concernant la date de la (ou des) tentative(s) de suicide. Ce dernier point souligne donc le problème du lien entre la tentative de suicide et l'annonce du diagnostic de séropositivité au VIH. Par ailleurs, l'instrument utilisé pour évaluer la qualité de vie, l'échelle SF-36, est une échelle de mesure générique de la qualité de vie, qui ne permet pas de tenir compte des problématiques spécifiques de l'infection par le VIH, telles que

les problèmes liés à la sexualité qui paraissent particulièrement importants dans le cadre d'une population plutôt jeune. Enfin, l'échantillon de patients auprès duquel a été effectuée l'étude sur la qualité de vie n'est probablement plus tout à fait représentatif de la population infectée par le VIH actuellement suivie dans les hôpitaux français. En effet, les patients inclus dans cette cohorte en 1997-1999 devaient débuter leur traitement avec des inhibiteurs de protéase. Or, actuellement, de nombreux patients ne prennent plus ces traitements, du fait notamment du plus grand nombre de molécules disponibles ne présentant pas les mêmes effets indésirables. Malgré cela, le syndrome lipodystrophique demeure un problème tout à fait actuel pour de nombreux patients. En dépit de ces limites, les résultats présentés semblent importants et originaux par rapport à ceux rapportés dans la littérature. Ces résultats soulignent les spécificités des femmes infectées par le VIH face à la problématique de la santé mentale, spécificité marquée par divers types de vulnérabilités. Ils mettent en évidence le rôle déterminant de certains types d'effets indésirables des thérapies antirétrovirales qui peuvent altérer l'image de soi des personnes concernées et, par là même, affecter leur qualité de vie ainsi que leur santé mentale. Comme cela a pu être montré dans d'autres études dans le cadre de la cohorte Aproco, la qualité de vie est déterminée par différents facteurs psychosociaux, tels que la relation avec le médecin, ainsi que le contexte social et la précarité sociale dans lesquels vivent certains patients [6, 44]. L'ensemble de ces facteurs ayant un impact sur la santé mentale, une attention particulière doit leur être accordée dans le cadre de la prévention du suicide et lors du suivi des femmes infectées par le VIH.

## Remerciements

**Le groupe d'étude Anrs-Vespa** (voir encadré, p. 216)

**Le groupe Aproco-Copilote Anrs-Co-08**

**Conseil scientifique :**

Comité de pilotage : investigateurs coordonnateurs : C Lepout, F Raffi.

Coordonnateurs méthodologistes : G Chêne, R Salamon.

Coordonnateurs sciences sociales : JP Moatti, J Pierret, B Spire.

Coordonnateurs virologues : F Brun-Vézinet, H Fleury, B Masquelier.

Coordonnateurs pharmacologues : G Peytavin, R Garraffo.

Autres membres : D Costagliola, P Dellamonica, C Katlama, L Meyer, M Morin, D Salmon, A Sobel.

Comité de validation des événements : L Cuzin, M Dupon, X Duval, V Le Moing, B Marchou, T May, P Morlat, C Rabaud, A Waldner-Combernon.

Coordination de projet : F Collin.

Observateurs : P Bursachi, JF Delraissy, J Dormont, M Garré.

Coordinateurs du groupe de recherche clinique : V Le Moing, C Lewden.

Centres investigateurs : Amiens (Pr JL Schmit), Angers (Dr JM Chennebault), Belfort (Dr JP Faller), Besançon (Pr JL Dupond, Dr JM Estavoyer, Pr P Humbert), Bobigny (Pr A Krivitzky), Bordeaux (Pr M Dupon, Pr M Longy-Boursier, Pr P Morlat, Pr JM Ragnaud), Bourg-en-Bresse (Dr P Granier), Brest (Pr M Garré), Caen (Pr R Verdon), Compiègne (Pr Y Domart), Corbeil Essonnes (Dr A Devidas), Créteil (Pr A Sobel), Dijon (Pr H Portier), Garches (Pr C Perronne), Lagny (Dr P Lagarde), Libourne (Dr J Ceccaldi), Lyon (Pr D Peyramond), Meaux (Dr C Allard), Montpellier (Pr J Reynes), Nancy (Pr T May), Nantes (Pr F Raffi), Nice (Pr JP Cassuto, Pr P Dellamonica), Orléans (Dr P Arsac), Paris (Pr E Bouvet, Pr F Bricaire, Pr J Cabane, Pr C Lepout, Pr JF Bergmann, Dr G Cessot, Pr MC Meyohas, Pr PM Girard, Pr L Guillemin, Pr S Herson, Pr JM Molina, Pr G Pialoux, Pr D Salmon), Poitiers (Pr B Becq-Giraudon), Reims (Pr R Jaussaud), Rennes (Pr C Michelet), Saint-Étienne (Pr F Lucht), Saint-Mandé (Pr T Debord), Strasbourg (Pr JM Lang), Toulon (Dr JP de Jaureguiberry), Toulouse (Pr B Marchou), Tours (Pr JM Besnier).

Monitoring et analyse : C Alfaro, F Alkaied, C Barennes, S Boucherit, AD Bouhnik, C Brunet-François, MP Carrieri, M Courcou, F Couturier, JL Ecobichon, M François, L Jourdache, V Journot, P Kurdj, R Lassalle, E Lootvoet, JP Legrand, E Pereira, M Préau, C Protopopescu, J Surzyn, A Taïeb, F Tourteau, V Villes, H Zouari.

Promoteur : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (Anrs, action coordonnée n° 7).

Soutien : Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMIT), Sidaction ensemble contre le sida et laboratoires : Abbott, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Roche.

## Références bibliographiques

1. Rosenbrock R, *et al.* The normalization of AIDS in Western European countries. *Social Science and Medicine* 2000 ; 50(11) : 1607-29.
2. Setbon M. La normalisation paradoxale du sida. *Revue Française de Sociologie* 2000 ; 41(1) : 61-78.
3. de Graaf R, Sandfort TG, Ten Have M. Suicidality and Sexual Orientation : Differences Between Men and Women in a General Population-Based Sample From The Netherlands. *Arch Sex Behav* 2006 ; 37(3) : 253-62.
4. Cowderly JE, Pesa JA. Assessing quality of life in women living with HIV infection. *AIDS Care* 2002 ; 14(2) : 235-45.
5. Cederfjäll C *et al.* Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care STDS* 2000 ; 15(1) : 31-9.
6. Preau M *et al.* Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. *AIDS Care* 2004 ; 16(5) : 649-61.
7. Shor-Posner G *et al.* Quality of life measures in the Miami HIV-1 infected drug abusers cohort : relationship to gender and disease status. *Journal of Substance Abuse* 2000 ; 11(4) : 395-404.
8. Preau M *et al.* Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003 : results from the national Anrs-EN12-Vespa Study. *Aids* 2007. 21 Suppl 1 : S19-S27.
9. Preau M *et al.* Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *J Psychosom Res* 2005 ; 59(6) : 407-13.
10. Préau M *et al.* Qualité de vie et syndrome lipodystrophique chez les patients infectés par le VIH. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 713-19.
11. 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.

12. Hudson A, Kirksey K, Holzemer W. *The influence of symptoms on quality of life among HIV-infected women*. *West J Nurs Res* 2004 ; 26(1) : 9-23 ; discussion 24-30.
13. Lovell A. *Santé mentale et société*. Paris : La Documentation Française, 2004.
14. Kalichman, SC *et al*. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatr Serv* 2000 ; 51(7) : 903-7.
15. Kelly B *et al*. Suicidal ideation, suicide attempts, and HIV infection. *Psychosomatics* 1998 ; 39(5) : 405-15.
16. Cooperman NA, Simoni JM. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *J Behav Med* 2005 ; 28(2) : 149-56.
17. Warner J *et al*. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women : Results from a survey based in England and Wales. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 479-85.
18. Ministère de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement and M.d.l.s.e.d. Solidarités, Suicide and suicidal attempted in France, *studies and results*. 2006, n° 468.
19. World Health Organization, *Report of the Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*. Copenhagen : WHO, 1984
20. Jasmin C. Cancer et sida : des modèles pour l'étude de la qualité de vie. In *Cancer, Sida. La qualité de vie*, C Jasmin, A Jay, G Bez, Eds. 1996, Paris : Synthélabo Groupe, Les empêcheurs de penser en rond, 1996, p. 17-22.
21. Domingo P *et al*. Lipodystrophy in HIV-1-infected patients. *Lancet* 1999 ; 354(9181) : 868.
22. Thiebaut R *et al*. Epidémiologie du risque vasculaire d'origine athéroscléreuse chez les patients infectés par le VIH-1. *La Presse Médicale* 2003 ; 32(30) : 1419-26.
23. Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read* 2000. 10(9) : 546-50.
24. Peretti-Watel P *et al*. Comment enquêter la population séropositive en France ? L'enquête Anrs-EN12-VESPA 2003. *Population* 2005 ; 60(4) : 525-550.
25. Leplège A, *et al*. The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998 ; 51(11) : 1013-23.
26. Fuhrer R, Rouillon R. La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie* 1989 ; 4 : 163-166.
27. Duran S *et al*. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials* 2001 ; 2(1) : 38-45.
28. Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents. *AIDS Care* 2006 ; 18(3) : 208-14.
29. Vanable PA *et al*. Impact of HIV-Related Stigma on Health Behaviors and Psychological Adjustment Among HIV-Positive Men and Women. *AIDS Behav*, 2006 ; 10(5) : 433-82.
30. Peretti-Watel P *et al*. Management of HIV-related stigma and adherence to HAART : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (Anrs-EN12-VESPA 2003). *AIDS Care* 2006 ; 18(3) : 254-61.
31. Rintamaki LS *et al*. Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care STDS* 2006 ; 20(5) : 359-68.
32. Cascade. Survival after introduction of HAART in people with known duration of HIV-1 infection. *The Lancet* 2000 ; 355 : 1158-1159.
33. Delfraissy J. *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Paris : Flammarion, 2004.
34. Greene K, Banerjee SC. Disease-Related Stigma Comparing Predictors of AIDS and Cancer Stigma. *J Homosex* 2005 ; 50(4) : 185-209.
35. West A *et al*. Attitudes of baccalaureate nursing students toward persons with acquired immunodeficiency syndrome according to mode of human immunodeficiency virus transmission. *J Prof Nurs* 1996 ; 12(4) : 225-32. .
36. Thiaudière C. *Sociologie du sida*. Paris : La Découverte, Repères, 2002.
37. Beltzer N *et al*. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004*. Paris : Anrs, ORS Île de France, Inpes, 2005, p. 176.
38. Goffman E. *Stigmate*. Paris : Les Editions de Minuit, 1975, 175 p.
39. Fabre G. La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales. *Sciences Sociales et Santé*, 1993 ; XI(1) : 5-32.
40. Fabre G. *Épidémies et contagions*. Paris : PUF, 1998.
41. Carricaburu D, Pierret J. *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. Paris : CERMES, CNRS, 1992.
42. Pierret J. Vivre avec la contamination par le VIH : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix. *Sciences Sociales et Santé* 2001 ; 19(3) : 5-34.
43. Pierret J. *Vivre avec les multithérapies dans l'infection par le VIH. Analyse longitudinale 1998-2000 dans le cadre de la cohorte APROCO*. Paris : CERMES, 2002.
44. Carrieri P *et al*. Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2003 ; 32(1) : 38-47.
45. Preau M *et al*. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug Alcohol Depend* 2007 ; 86(2-3) : 175-82.
46. Simmel G. *La tragédie de la culture*. Paris : Editions Rivages, 1988.
47. Maisonneuve J, Bruchon-Schweitzer M. *Le corps et la beauté*. Paris : PUF, collection Que sais-je ?, 1999
48. Oette M *et al*. Lipodystrophy syndrome and self-assessment of well-being and physical appearance in HIV-positive patients. *AIDS Patient Care STDS* 2002 ; 16(9) : 413-7.
49. Santiago-Delefosse M. Actualité d'un modèle wallonien des émotions : Vers un modèle corpo-psycho-social des émotions. *L'Encephale* 2000 ; 26(1) : -20.
50. Martinez E *et al*. Lipodystrophy syndrome in patients with HIV infection : quality of life issues. *Drug Safety* 2001 ; 24(3) : 157-66.