

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2012

n°104

**THESE**  
pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES médecine générale

Par

Anna RENAULT  
née le 14/12/1984

---

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2012

Adolescents infectés par le VIH, observance et conduites sexuelles :  
étude descriptive au centre de traitement ambulatoire de Pointe-Noire (Congo)

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

Directeur de thèse : Dr Véronique RELIQUET

# LEXIQUE

---

ARV : anti rétroviraux

CTA : centre de traitement ambulatoire

EPF : enquête périnatale française

INTI : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

- AZT : ZIDOVUDINE
- TDF: TENOFOVIR
- FTC : EMTRICITABINE
- 3TC : LAMIVUDINE

INNTI : inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

- NVP : NEVIRAPINE
- EFV : EFAVIRENZ

IP : inhibiteurs des protéases

IVG : interruption volontaire de grossesse

HAART : Highly active antiretroviral therapy

Hb : Hémoglobine

OMS : organisation mondiale de la santé

PEC : prise en charge

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

R9 : Round 9. Programme financé par le fond mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

VHB : virus de l'hépatite B

UN : united nations

UNESCO : united nations educational, scientific and cultural organisation

# SOMMAIRE

1	INTRODUCTION .....	4
1.1	L'infection par le VIH .....	4
1.1.1	Données épidémiologiques.....	4
1.1.2	Evolution naturelle de l'infection par le VIH : le SIDA.....	4
1.1.3	Une maladie infectieuse : modes de transmission et moyens de prévention.....	5
1.1.4	Histoire de la prise en charge de l'infection VIH en Afrique.....	6
1.2	Les nouveaux enjeux de la prise en charge : une maladie chronique.....	7
1.3	L'infection VIH chez l'enfant.....	8
1.4	Adolescence et maladies chroniques .....	9
1.5	Le Congo .....	9
1.6	Présentation du centre de traitement ambulatoire de Pointe-Noire.....	16
1.7	Objectifs de l'étude : .....	19
2	METHODES.....	20
2.1	Description de l'étude .....	20
2.2	Critères d'inclusion .....	20
2.3	Critères d'exclusion .....	21
2.4	Recueil des données : méthodologie .....	21
2.5	Analyse des données .....	22
3	RESULTATS .....	22
3.1	Nombre de dossiers inclus.....	22
3.2	Caractéristiques socioculturelles.....	25
3.3	Données clinico-biologiques.....	25
3.4	Conduites sexuelles .....	27
3.5	Observance .....	27
3.6	Autres informations.....	27
4	DISCUSSION.....	30
5	CONCLUSION .....	34
6	ANNEXES .....	35
7	BIBLIOGRAPHIE .....	44

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 L'infection par le VIH

### 1.1.1 Données épidémiologiques

Les tendances épidémiologiques ont été bouleversées par l'accès aux trithérapies anti-rétrovirales dans les pays du Sud depuis 10 ans (« ONUSIDA », s. d.):

- **Le nombre de personnes vivant avec le VIH** augmente : 34,2 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2011 dont approximativement les 2/3 en Afrique subsaharienne, versus 19,7 millions en 2001.  
2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH en 2009 dont 2,3 millions en Afrique subsaharienne et à titre de comparaison 1400 en Europe.
- **Le nombre de décès** a sensiblement diminué: 1,7 millions de décès liés au VIH en 2011 versus 2,3 millions, le pic atteint en 2005 (1,9 millions en 2001)  
En Afrique subsaharienne, on estime que le nombre de décès liés au sida a diminué de 31 % (550 000 personnes) entre 2005, l'année la plus meurtrière, et 2011.
- **Le nombre de nouvelles infections** est stable : 2,5 millions de nouvelles infections en 2011 versus 2,3 millions en 2001.

À la fin 2011, on estimait que 56 % des personnes admissibles au traitement vivant en Afrique subsaharienne avaient accès à celui-ci. Cela correspond à une augmentation de 19 % de la couverture du traitement pour la seule période 2010-11.

Le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans au Congo est de 3.4% [3.1% - 3.8%], les taux les plus élevés sont retrouvés en Afrique australe (entre 10 et 15%) et Afrique du Sud (17,8 %)

### 1.1.2 Evolution naturelle de l'infection par le VIH : le SIDA.

L'infection VIH induit un déficit immunitaire avec une chute des lymphocytes de type CD4. Le stade d'immunodépression est atteint quand le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup>. On voit apparaître des maladies caractéristiques du SIDA dont certaines peuvent conduire au décès (décrites dans les classifications OMS et CDC) Le taux de CD4 décroît progressivement (taux normal entre 500 et 1500 cellules/mm<sup>3</sup>) ce qui explique que

des patients séropositifs peuvent être asymptomatiques pendant plusieurs années avant d'atteindre le stade SIDA.

En outre, l'infection chronique du VIH entretient une réaction inflammatoire qui entraîne un risque accru de morbidité et de mortalité : maladies cardio-vasculaires, cancer, atteinte rénale, troubles neurocognitifs.

Le traitement antirétroviral permet d'éviter le déficit immunitaire ou de permettre la reconstruction immune, mais une inflammation chronique persiste.(Fonquernie Laurent, Costagliola Dominique, Girard Pierre-Marie, 2011)

### **1.1.3 Une maladie infectieuse : modes de transmission et moyens de prévention.**

Les trois modes de contamination sont

- La transmission sexuelle : le virus est dans les sécrétions sexuelles. Le risque de contamination varie en fonction du type de rapport sexuel (plus élevé pour les rapports sexuels de type anal) Il est plus élevé chez les femmes jeunes lors d'un rapport sexuel vaginal. Le seul moyen de prévention actuel efficace est le préservatif (masculin ou féminin)
- La transmission sanguine : les règles de prélèvement sanguin, la sécurité transfusionnelle, l'usage de seringues uniques pour les usagers de drogues intraveineuses sont les principaux moyens de prévention.
- La transmission mère-enfant (ou verticale) : 1/3 des transmissions se font « in utero » au 3<sup>e</sup> trimestre et 2/3 à l'accouchement par voie basse ou pendant l'allaitement maternel. La prévention de la transmission mère-enfant appelée PTME comprend le traitement antirétroviral, l'allaitement artificiel dans les pays du Nord, parfois l'accouchement par césarienne.

Le risque de contamination est proportionnel à la charge virale, c'est-à-dire à la « quantité » de virus dans le sang.

#### 1.1.4 Histoire de la prise en charge de l'infection VIH en Afrique.

##### ▪ *Action des ONG*

Dès les années 1980-1990, des ONG s'occupent du problème du SIDA, avec des actions de prévention, d'éducation, de traitement palliatif et au mieux de traitement des maladies opportunistes (MSF, médecins du monde). Cependant, sans traitement, l'épidémie ralentit la croissance démographique des pays africains avec des millions de morts du SIDA, femmes et enfants compris. Le Brésil, par le lobbying des associations, est à l'initiative d'un mouvement. En 1998 il produit les premiers génériques d'ARV et devient ainsi un modèle de faisabilité de l'accès aux ARV dans les pays du Sud. Le programme de **première trithérapie générique** est lancé en **2000**. Le Brésil propose ses médicaments génériques à l'Afrique. Au Nord, face au pessimisme anglo-saxon, des voix se lèvent pour combattre l'épidémie, comme l'association AGIR en France regroupant des ONG qui a lancé une pétition pour faciliter l'accès aux ARV en 1999. L'Inde, producteur de médicaments génériques, a fait chuter leur prix en 2001 (trithérapie à 600 dollars US par an) avec une constante diminution depuis. En **2002, la création du fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme** permet de financer le traitement et des projets dans l'ensemble des pays du Sud et particulièrement en Afrique. Ce bailleur de fonds n'intervient pas directement mais s'assure de la bonne utilisation des fonds sur place par les ONG et par les structures nationales. L'inconvénient est la juxtaposition de différents acteurs dans un même pays, qui est source de confusion. (Chirac Pierre, Raguin Gilles, 2011)

##### ▪ *Recommandations OMS 2010 (OMS, 2010)*

Le traitement ARV est débuté chez tous les patients au stade clinique OMS 3 et 4 et chez les patients ayant un taux de CD4 inférieur à 350 /mm<sup>3</sup> (diminution du seuil en 2010 : 500 /mm<sup>3</sup> en 2006)

Les 4 trithérapies proposées en 1<sup>e</sup> ligne utilisent une association de 2 INTI et 1 INNTI :

- AZT + 3TC + NVP
- AZT + 3TC + EFV
- TDF + 3TC OU FTC + NVP
- TDF + 3TC OU FTC + EFV

En cas de co-infection VIH/tuberculose, le traitement antituberculeux doit être débuté avant le traitement ARV, et il faut utiliser EFV comme INNTI. Le traitement ARV est indiqué quel que soit le taux de lymphocytes CD4.

En cas de co-infection VIH/VHB, le traitement ARV est indiqué quel que soit le taux de lymphocytes CD4 si l'infection au VHB nécessite un traitement. Le schéma thérapeutique doit comporter TDF et 3TC ou FTC.

La mesure de la charge virale doit être effectuée tous les 6 mois si possible. Un échec virologique est défini par une charge virale > 5000 copies/ml.

Il est recommandé d'utiliser pour le traitement ARV de deuxième intention un inhibiteur de la protéase potentialisé (IP/r) et deux analogues de nucléosides (INTI).

▪ ***Différences avec la PEC des pays du Nord.***

	Pays du sud	Pays du Nord
Prophylaxie au cotrimoxazole	tous les enfants (quelque soit le taux de CD4) tous les adultes avec CD4 < 500 mm3	Enfants et adultes avec CD4 < 200 /mm3
Seuil de traitement ARV	Tous les enfants avant 2 ans De 2 à 5 ans avec CD4 < 25 % ou < 750/mm3. Enfant > 5 ans avec CDA < 350/mm3 Adultes avec CD4 < 350/mm3	Tous les enfants  Tous les adultes
Lignes thérapeutiques	Trithérapies de 1 <sup>e</sup> génération, et inhibiteur de protéases (IP) en 2 <sup>e</sup> ligne.	Trithérapies de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> génération.

Les principales différences de PEC sont observées au niveau médical. En ce qui concerne la PEC psycho-sociale, elle est différente dans les modalités car adaptée aux réalités et à la culture du pays mais avec des objectifs similaires de déstigmatisation et amélioration de la qualité de vie.

**1.2 Les nouveaux enjeux de la prise en charge : une maladie chronique.**

6,2 millions d'habitants d'Afrique subsaharienne sont sous ARV en 2011. En moins d'une décennie, l'accès au traitement du VIH a été multiplié par plus de 100 en Afrique subsaharienne (« ONUSIDA », s. d.) Ces personnes vivant avec le VIH, sont en général en bonne santé et ont besoin d'un suivi chronique. Comme dans les pays du Nord, les enjeux

sont donc l'observance du traitement, la surveillance des effets secondaires, la prévention des complications cardio-vasculaires et la prévention secondaire (lutte contre la transmission du VIH) Si ces enjeux s'intègrent facilement dans un système de soins dans les pays du Nord, il n'en est pas de même en Afrique. Au Congo, l'absence de politique de santé publique ne permet pas actuellement de suivi régulier. La prise en charge de l'hypertension artérielle, du diabète est extrêmement compliquée en raison du manque de moyens humains et matériels et de la désorganisation des soins. A titre d'exemple, il y a un seul néphrologue et deux cardiologues dans le pays.

### **1.3 L'infection VIH chez l'enfant.**

Schématiquement, l'infection VIH chez l'enfant se fait selon 2 modalités (Blanche, Stéphane, 2011) :

- L'infection précocement sévère (15% des cas), en général du à une infection « in utero ». Les enfants atteignent le stade SIDA en 3 à 15 mois. La complication spécifique est l'encéphalopathie (spasticité des membres inférieurs, microcéphalie, retard des acquisitions) La survie est inférieure à 10% à 5 ans.
- L'infection lentement progressive (85% des cas), en général liée à une transmission per-partum. Les enfants atteignent le stade SIDA en 2 à 10 ans. Ils peuvent avoir un retard cognitif, des troubles du comportement. Le plus souvent, ils présentent des infections ORL/bronchiques à répétition puis des pathologies opportunistes.

L'infection chronique chez l'enfant peut donc entraîner un retard staturo-pondéral. Le signe le plus évident est la cassure de la courbe de croissance. En Afrique, le diagnostic peut être tardif, devant un tableau de retard staturo-pondéral, une histoire d'hospitalisations à répétition pour des infections, et souvent un contexte de décès de la mère ou une histoire transfusionnelle.

## 1.4 Adolescence et maladies chroniques

La transition des enfants séropositifs à l'âge adulte est un enjeu important dans les pays du Nord, avec la problématique sous-jacente de la sexualité et de la reproduction, de l'observance au traitement et du suivi dans un service adulte (Dowshen & D'Angelo, 2011)

La spécificité de la non-observance du traitement chez l'adolescent séropositif se situe au carrefour de deux problématiques identitaires qui se conjuguent : le vécu du VIH et l'adolescence. La mauvaise observance est un passage à l'acte fréquent, volontaire.

Contrairement à d'autres maladies chroniques, l'infection par le VIH s'inscrit dans une histoire familiale ou le poids du secret est lourd depuis l'enfance. Les jeunes en rupture de traitement sont particulièrement sensibles au problème du secret. (Trocmé, Vaudre, Dollfus, & Leverger, 2002)

Les premières générations d'enfants ayant survécu au SIDA en Afrique arrivent à l'âge adulte. Au vu de l'évolution épidémiologique, de très nombreux enfants vont donc effectuer cette transition dans les prochaines années. La prise en charge de ces adolescents représente un enjeu considérable en Afrique (Bland, Ruth M, 2011)

## 1.5 Le Congo

### ▪ *Situation politique, économique et démographique*

La république du Congo appelée aussi Congo-Brazzaville est un petit pays d'Afrique centrale comptant environ 3 768 000 habitants (UN population division, 2007) pour une superficie de 342 000 km<sup>2</sup>. Le climat est équatorial au Nord et tropical au Sud, avec une forêt équatoriale au centre du pays. Le Congo fait face de l'autre côté du fleuve Congo à la République démocratique du Congo (RDC, ex Zaïre) ou Congo-Kinshasa qui est un vaste pays dont la capitale Kinshasa compte plus de 10 millions d'habitants. Les événements politiques de la RDC ont donc un impact important sur Brazzaville (à 4km, traversée du fleuve) avec notamment des flux migratoires. La langue officielle est le français, mais deux langues nationales sont reconnues et utilisées au quotidien : le lingala à Brazzaville et le munukutuba à Pointe-Noire.



**Sur le plan politique**, le président de la république est M Denis SASSOU N GUESSO, général de l'armée, au pouvoir depuis pratiquement 30 ans. Le pays, indépendant depuis 1959, a connu beaucoup de violences jusqu'à la guerre civile de 1997, la plus meurtrière. Depuis 1997, M Denis Sassou N Guesso a été élu à 2 reprises, assurant une stabilité politique au pays.

**Sur le plan démographique**, la population congolaise est essentiellement urbaine (61%, UN population division, 2007) 50,7% de la population se trouve en dessous du seuil de pauvreté monétaire (2005) Il y a un fort taux de chômage des jeunes (40%) comparé à la population générale (20%)

**Brazzaville** est la capitale politique du pays. Elle est chargée d'histoire par son passé de capitale de l'Afrique équatoriale française (AEF) du temps des colonisations françaises et capitale de la France Libre pendant la seconde guerre mondiale (entre 1940 et 1944).

Pointe-Noire située sur la côte Atlantique, est la capitale économique du pays en raison des ressources pétrolières off-shore et de l'activité portuaire avec importation des produits manufacturés.

Dolisie, la troisième ville du pays est située sur la ligne de chemin de fer Congo-Océan reliant Brazzaville à Pointe-Noire. Depuis fin 2011, une autoroute permet de faire le trajet Pointe-Noire/Dolisie en 3 heures.

Le Congo est au rang 137 sur 187 pays, concernant l'indice de développement humain (IDH = 0,533). Il se place au 16<sup>e</sup> rang des 54 pays d'Afrique et dans les premiers pays d'Afrique subsaharienne. La mortalité infantile élevée est liée au paludisme et au VIH. La mortalité maternelle est également élevée et touche en priorité des femmes jeunes.

Espérance de vie	2006	54	WORLD HEALTH STATISTIC, WHO
Taux de fertilité (nombre d'enfants par femme)	2006	4,7	WHO statistical information system
Taux de natalité (nombre de naissances pour 1000 habitants)	2007	35,4	UN population division
Taux de mortalité (nombre de décès pour 1000 habitants)	2007	11,6	UN population division
Mortalité maternelle (pour 1000 naissances vivantes)	2005	74	WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, 2007
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	2006	79	WORLD HEALTH STATISTIC, WHO
Mortalité infantile < 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2006	126	WORLD HEALTH STATISTIC, WHO

*Données issues du rapport OMS des données épidémiologiques du Congo 2008*

Les taux d'alphabétisation et de scolarisation sont variables selon les sources mais globalement ils ont diminué depuis les années 1990.

Taux d'alphabétisation global	85 %	2006	UNESCO
Taux d'alphabétisation des femmes	80,7 %	2006	UNESCO
Taux d'alphabétisation des hommes	91,8 %	2006	UNESCO
Taux de scolarisation en école primaire filles	52%	2006	UNESCO
Taux de scolarisation en école primaire garçons	58%	2006	UNESCO

*Données issues du rapport OMS des données épidémiologiques du Congo 2008*

Sur le plan économique, le Congo connaît un essor en lien avec la stabilité politique depuis 1997. Le taux de croissance annuel est de près de 6%. En janvier 2010, le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPT) et la moitié de sa dette extérieure a été annulée par les bailleurs de fond (FMI, banque mondiale, club de Paris)

L'exploitation pétrolière, principale source de devises, est assurée par des groupes internationaux. La seconde source de revenus est l'exploitation forestière.

Une politique de grands travaux de construction a permis ces dernières années un développement des moyens de transport. Toutefois le réseau routier reste limité avec peu de routes goudronnées dans le pays que ce soit en ville ou en campagne, et une circulation difficile voire impossible à la saison des pluies. L'agriculture et l'industrie sont pratiquement inexistantes. Les services commencent à se développer, notamment en télécommunications. La couverture réseaux des téléphones portables est encore insuffisante, l'Internet à haut débit n'est pas encore opérationnel.

Un des problèmes majeurs reste le réseau électrique, avec des coupures d'électricité quotidiennes, compensées par un générateur dans les bâtiments publics.

Cet essor économique ne profite pas encore à la plupart des congolais qui ont des conditions de vie plutôt difficiles : électricité aléatoire, absence d'eau courante potable, logements surchargés, système de soins et d'éducation à 2 vitesses.

#### ▪ *Systeme de soins*

Au niveau organisationnel, le système de santé suit la tradition française avec un CHU à Brazzaville et des hôpitaux périphériques dans le pays. Tous les étudiants en médecine sont formés à Brazzaville. Au terme de 6 ans d'études, ils sont généralistes. Ils peuvent se spécialiser ensuite, en général à l'étranger (Côte d'Ivoire, Maroc) Les spécialités avec une formation sur place se réduisent à la gynécologie-obstétrique, pédiatrie et chirurgie générale. Le personnel de ces hôpitaux est fonctionnaire et les médecins payés à peine plus que le salaire minimum. Il y a donc une pénurie de médecins et de chirurgiens qui préfèrent aller travailler en privé pour des raisons financières et de conditions de travail.

A Pointe-Noire, l'hôpital Loandjili est l'hôpital de référence. Il y a ensuite beaucoup d'hôpitaux « locaux » dispersés dans les quartiers de la ville, dont l'hôpital Adolphe Cissé dans l'enceinte duquel se trouve le CTA. Le système privé s'est développé avec de nombreuses cliniques, bien équipées, destinées aux expatriés vu les tarifs de soins.

Il n'y a pas de gratuité des soins. A l'hôpital public, une ordonnance est remise au patient ou à la famille pour aller chercher traitement et matériel à la pharmacie. L'hospitalisation consiste à fournir un lit dans une pièce souvent bondée, avec le passage d'un médecin et une surveillance aléatoire. Les draps, la nourriture sont également à fournir.

Parallèlement à ce système de soins « académique » et basé sur la médecine occidentale, il y a de multiples types de médecine traditionnelle. Les patients arrivent souvent à l'hôpital au terme d'un parcours entre tradipraticiens, sorciers du pays ou praticiens d'autre origine comme les « coréens ».

Il est donc particulièrement difficile de s'y retrouver. Le manque de communication entre médecins au sein du système « académique » ajoute également à la confusion. Le patient peut avoir débuté un traitement avec un autre médecin. Souvent des traitements chroniques sont mis en place sans suivi et le traitement est donc stoppé à la fin de l'ordonnance (exemple type : HTA)

- ***La société congolaise : données sociologiques et aspect culturel.***

- Systémique familiale

La famille au Congo, comme dans de nombreux pays d'Afrique, n'est pas une famille nucléaire avec un couple et des enfants. Elle regroupe une nébuleuse de « parents » allant des cousins aux oncles et tantes éloignés. Une amie très proche ou une cousine, fille d'une sœur maternelle va être appelée « sœur ». Les termes mères, sœurs, frères sont donc employés pour nommer un lien affectif différent du lien de filiation qu'on connaît. La solidarité familiale entre en jeu dans plusieurs domaines de la vie. Un enfant orphelin sera recueilli par les grand-parents maternels ou par un frère ou une sœur de la mère. Cela peut s'observer aussi même si le père est en vie. Lorsqu'un « parent » a un problème de santé, tout le monde est sollicité pour donner de l'argent afin de payer l'ordonnance ou l'hospitalisation. Le rejet familial peut donc être fatal.

Le Congo n'est pas un pays polygame. Les mariages sont rares ou tardifs car seul le mariage coutumier a une importance et la dot, de rigueur, est un frein au mariage. La vie maritale est donc la règle, avec des durées variables. La grossesse étant un moyen de retenir l'homme, les femmes ont souvent des enfants avant un projet de couple. Il est donc fréquent que les hommes aient des enfants de plusieurs femmes et que les femmes aient des enfants de pères différents. Les relations extra-conjugales font partie de la vie courante.

***Les mariages monogames dans lesquels les hommes ont une vie parallèle avec une ou plusieurs femmes montrent à quel point les mots « confiance », « fidélité », « amour », « honnêteté » ou « responsabilité », que les africains utilisent dans ces langues issues de la colonisation, perdent leur sens.***(BONI, Tanella, 2008)

- Place des femmes : épouses et mères.

Les femmes sont les premières victimes de l'infection VIH en nombre. Il est donc essentiel de comprendre leur place dans la société congolaise ou en Afrique au sens plus large. Tanella BONI a essayé de donner une vision globale de la place des « femmes d'Afrique » aujourd'hui, à partir de multiples sources. Son analyse peut s'appliquer par de nombreux aspects au Congo.

Le rôle fondamental de la femme est la maternité, elle n'est pas reconnue dans la société si elle n'a pas d'enfants. ***Dans l'imagerie populaire, il y a d'un côté les femmes stériles et de l'autre les femmes fécondes. La stérilité est vécue dans un couple comme un désastre.***(BONI, Tanella, 2008)

Les femmes ne revendiquent pas la contraception, même si la pilule est disponible en pharmacie, en particulier dans les villes comme Pointe-Noire. Les jeunes filles sont donc mères très jeunes. Néanmoins, les avortements existent, sans statistique disponible. L'absence de politique de planning familial s'explique par la représentation de la femme indissociable de la maternité dans l'imaginaire collectif. ***La contraception et l'avortement, qui, dans d'autres régions du monde, font partie du combat des femmes, sont souvent passés sous silence en Afrique à cause de cette idée reçue faisant d'un enfant, d'où qu'il vienne et quel qu'il soit, un « don divin »*** (BONI, Tanella, 2008)

***La question du bonheur recherché par une femme d'Afrique ne peut être posée en faisant l'économie de la relation matrimoniale, souvent vécue comme un « mal nécessaire » car la solitude est un risque qui fait peur. Et le groupe n'accepte pas encore l'idée que l'individu féminin puisse vivre seul. Le célibat est beaucoup plus une perspective angoissante que redoutent les africaines qu'une situation envisageable***(BONI, Tanella, 2008)

Les femmes ont le même droit à l'éducation que les hommes, avec accès à l'école puis à l'université mais le poids des traditions reste même chez les femmes éduquées avec des postes à responsabilité. Elles ne peuvent échapper à leur condition de femme. La société distribue des rôles précis et les filles sont éduquées dès le plus jeune âge à s'occuper des enfants, à faire la cuisine, les travaux ménagers et à servir l'homme.

Au Congo, l'excision ou l'infibulation ne sont pas des pratiques courantes. Néanmoins les femmes subissent des violences qui sont acceptées socialement, y compris au sein du couple.

Tous les programmes d'aide au développement fixent comme objectif la lutte pour l'égalité des sexes, un plus grand accès à l'éducation. La journée de la femme le 8 mars en est le symbole avec des manifestations organisées au Congo.

#### - Sexualité

La sexualité est plus précoce qu'en France. L'âge moyen des premiers rapports sexuels en France est stable depuis plus de 30 ans, autour de 17 ans.

D'après un rapport OMS en 2005, 24 % des 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant 15 ans au Congo.

La sexualité des adolescents au Congo a fait l'objet de peu d'études. En 1997, une enquête menée à Pointe-Noire sur 900 adolescents (Courtois Robert, Mullet Etienne, Malvy Denis, 2001) montrait que l'âge moyen des premiers rapports sexuels était de 14,6+/- 1,7 ans, la multiparité était quasi-constante chez les garçons et la religion était un facteur protecteur de rapport sexuel précoce. Le taux d'utilisation du préservatif chez les adolescents garçons lors du premier rapport sexuel était seulement de 42%. Plus d'un tiers des jeunes filles avaient eu une grossesse à l'âge de 16 ans. Une autre étude de 1998 à Brazzaville (Iloki, 2004) incluant 276 adolescentes au cours d'une grossesse, révélait un âge moyen de début de

grossesse très précoce (14 ans et 5 mois) par rapport à l'âge du premier rapport sexuel (13 ans 9 mois) et l'absence totale d'utilisation du préservatif. Dans le groupe témoin composé de femmes accouchant après 18 ans, l'âge du premier rapport sexuel était beaucoup plus tardif (17 ans et 6 mois)

- Les croyances : religion et sorcellerie

Le Congo est un pays chrétien, à dominante catholique et il y a très peu de personnes ne croyant pas en Dieu. Cependant la pratique religieuse est majoritairement organisée dans une « église » locale au sens de regroupement autour d'un pasteur. Le pasteur prêche devant une assemblée, en s'appuyant sur la vie quotidienne des gens et en faisant référence à la bible. Parfois des veillées très longues sont organisées, avec des scènes spectaculaires de « délivrance ». Ces églises dites évangéliques, très présentes aux Etats-Unis ou en Amérique du Sud, commencent à se développer en Europe mais sont souvent considérées comme des sectes.

« La sorcellerie fait partie de l'ordinaire et n'a rien de mystérieux »(Fancello, 2008) Tout décès, toute maladie chronique, tout accident est le fait d'un sort, en général venant d'un membre de la famille. Les africains consultent un marabout ou un féticheur comme on consulte un médecin. Le niveau d'éducation et même une formation scientifique n'occultent pas ces croyances. Le monde politique n'échappe pas à ces pratiques et les périodes électorales sont un marché florissant pour les féticheurs et marabouts. (SOUDAN, François, 2012)

## **1.6 Présentation du centre de traitement ambulatoire de Pointe-Noire**

### **▪ Historique**

En 1994, c'est l'ouverture à Brazzaville du 1<sup>er</sup> CTA en Afrique subsaharienne: **structure spécifique de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA**. Historiquement, c'était un défi à relever en prouvant que cette PEC était possible dans une structure spécifique, adaptée à l'Afrique, avec pour objectif à terme l'appropriation de cette expérience par les structures sanitaires du territoire national. En 1998, une **Convention-Cadre** entre L'OPALS organisme rattaché à la Croix-Rouge française et La République du

Congo (période post conflit au Congo) établit l'action de la Croix-Rouge dans le domaine du VIH.

*Le CTA a pour vocation principale, la PEC médicale et psycho-sociale des personnes atteintes par le VIH à tous les stades de la maladie (art.2)*

L'ouverture du CTA de Pointe-Noire a lieu en 1999.

Avec la disponibilité des ARV à partir de 2002, l'activité du CTA s'est profondément modifiée avec une augmentation de la file active de patients, en bonne santé, nécessitant un suivi chronique.

En 2009, une nouvelle convention entre la Croix-Rouge française et le ministre de la santé conforte la place du CTA comme *établissement sanitaire avec autonomie de gestion, rattaché au ministère en charge de la santé (art. 2)* et comme pôle de référence de la prise en charge des patients atteints du VIH. Le CTA participe à la décentralisation du dépistage dans d'autres centres en formant le personnel. Les perspectives actuelles sont la mise en place du génotypage associé à une 3<sup>e</sup> ligne d'ARV pour répondre aux résistances observées.

#### ▪ **Fonctionnement**

Le CTA est un centre d'expertise de prise en charge du VIH avec : dépistage, suivi médical, clinique et biologique et psychosocial, délivrance des antirétroviraux et traitement des pathologies opportunistes. Une équipe pluridisciplinaire congolaise, d'une vingtaine de professionnels assure le fonctionnement du centre : 3 médecins, 1 sage-femme, 2 assistantes sociales, 2 psychologues et 2 assistants psychologues, 4 infirmières, 3 techniciens de laboratoire, 1 opérateur de saisie et l'équipe logistique.

La file active compte environ 3000 patients séropositifs (7000 inscrits depuis l'ouverture) avec ou sans traitement antirétroviral, dont environ 150 enfants, et 40 adolescents. Le ratio hommes/femmes est nettement en faveur des femmes.

Le traitement antirétroviral de référence en 1<sup>e</sup> ligne est : AZT 3TC NVP (ou EFV). Le traitement de 2<sup>e</sup> ligne est ABC/DDI/Lopinavir ritonavir. Il n'y a pas de 3<sup>e</sup> ligne.

Le suivi en consultation médicale se fait environ tous les 3 à 4 mois, avec 3 médecins et l'interne français quand l'équipe est au complet (ce qui est rare)

Le suivi biologique se fait idéalement tous les 6 mois, mais en pratique le centre est soumis à de fréquentes ruptures d'approvisionnement de réactifs. Le laboratoire permet de faire: NFS, CD4, biochimie, charge virale (seuil de CV indétectable = 400 copies/ml). Il n'y a pas de génotypage.

L'activité PTME est assurée avec un médecin formé en gynécologie-obstétrique et une sage-femme. L'accouchement est fait soit à l'hôpital A Cissé (avec un numéro d'identification qui permet de savoir que la femme est séropositive: sage femme contactée) ou dans un autre hôpital (sans protocole le plus souvent car la femme ne prévient pas l'équipe). Le choix allaitement artificiel/ allaitement protégé est donné aux mères. Les femmes choisissent plus souvent l'allaitement artificiel à Pointe-Noire.

Le dépistage gratuit et anonyme, est encadré par un test pré-counselling et un test post-counselling avec un psychologue ou assistant. Ce test permet donc de faire de la prévention. L'annonce de la séropositivité est faite par le psychologue. Le patient voit le médecin quelques jours plus tard pour sa première consultation. L'indication d'un traitement ARV est posée lors de cette première consultation. Avant de commencer le traitement, le patient a 3 séances personnelles obligatoires d'éducation thérapeutique assurées par le pôle psychosocial.

En pratique, les patients se présentent tous à 8h à l'accueil le matin. Les patients qui travaillent et les patients malades, sont vus en priorité en consultation et les derniers patients sont vus en début d'après-midi. Les bilans sanguins sont faits le matin jusqu'à 11h. Il y a quelques lits d'hospitalisation de jour si nécessaire, en général pour des transfusions ou perfusions. Les patients sont hospitalisés dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital A Cissé si leur état général est vraiment altéré. Le traitement est délivré à la pharmacie tenue par les infirmières, en sachet ou dans les boîtes, pour des périodes de 15 jours à 3 mois selon les stocks. Pour la tuberculose, les patients vont au centre antituberculeux.

### ▪ *PEC psychosociale*

C'est dans ce contexte d'infection par le VIH devenue maladie chronique que la prise en charge psycho-sociale prend tout son sens. Dans la lignée des nouvelles recommandations OMS 2010, l'équipe de psychologues a été renforcée en 2011 spécifiquement pour la prise en charge des enfants (dans le cadre du R9 : programme financé par le fonds mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose). Des activités comme les groupes de parole/atelier d'expression/sorties thérapeutiques sont organisées afin de déstigmatiser l'infection par le VIH, informer les enfants sur l'infection et les modes de contamination, améliorer la qualité de vie, favoriser l'observance au traitement. L'organisation logistique est encore compliquée mais se met en place.

Différents groupes de parole (en lingala ou munukutuba) sont organisés, selon les personnes concernées et autour de différentes thématiques concernant la vie avec le VIH :

- les femmes enceintes
- les parents d'enfants atteints du VIH : annonce, difficulté de prise de traitement
- les enfants : « virus », traitement
- les adolescents : croyances, observance, sexualité
- les adultes : recherche d'emploi

Les assistantes sociales ont un rôle éducatif, et surtout communautaire avec les visites à domicile, les conseils nutritionnels, les conseils sur la vie quotidienne, la médiation familiale parfois. Sur le plan financier, elles sont impuissantes car elles sont limitées par l'absence d'aides (aide d'urgence seulement)

### **1.7 Objectifs de l'étude :**

Problématique : l'infection par le VIH est une maladie chronique et infectieuse. Cette maladie pose des difficultés de prise en charge à l'adolescence, en particulier dans le contexte de début de la sexualité. Un défaut d'observance et des conduites sexuelles à risque peuvent être à l'origine d'échecs thérapeutiques et de nouvelles contaminations verticales et horizontales. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge des adolescents séropositifs au CTA de Pointe-Noire.

## **2 METHODES**

### **2.1 Description de l'étude**

Etude descriptive transversale des adolescents séropositifs, infectés par transmission-materno-fœtale ou avec diagnostic fait pendant l'enfance, suivis au CTA de Pointe-Noire au Congo. Les données médicales et biologiques sont retrouvées dans les dossiers. Une consultation avec un examen clinique est suivie d'un auto-questionnaire permettant de recueillir les questions spécifiques de l'adolescence (sexualité/substances addictives /conditions de vie) l'évaluation des connaissances sur le VIH/SIDA et l'évaluation de l'observance. Une période d'observation et de consultation d'environ 1 mois s'est écoulée avant le choix du thème et de la méthodologie.

### **2.2 Critères d'inclusion**

Population étudiée : Tous les enfants nés entre 1992 et 1998, donc âgés de 14 à 20 ans, dont le diagnostic avait été fait avant l'âge de 14 ans.

Au CTA de Pointe-Noire, la « file active » d'adolescents est définie par les enfants âgés de 14 à 18 ans, voire un peu plus âgés lorsque les enfants participent au groupes de parole depuis de nombreuses années. Cette file active inclue tous les adolescents contaminés par voie materno-fœtale ou sanguine, quel que soit leur âge de dépistage. Les adolescentes dépistées à l'occasion d'une grossesse sont dans la file active adulte.

Les bornes ont été définies de la manière suivante :

- limite inférieure (14 ans) pour concorder avec la file active adolescents.
- limite supérieure (20 ans) pour élargir la période de l'adolescence au maximum et inclure plus de patients. A 20 ans, les congolais sont souvent encore au lycée en terminale.

L'âge limite de diagnostic de séropositivité à 14 ans a été défini arbitrairement et en fonction des données disponibles, pour exclure les adolescents ayant déjà débuté une vie sexuelle dont on ne pouvait pas exclure une transmission sexuelle. En effet, les adolescents contaminés pendant l'enfance et les adolescents contaminés en raison de leur

comportement (transmission sexuelle ou sanguine) ont des profils très différents et leur prise en charge pose des problématiques différentes.

### **2.3 Critères d'exclusion**

Les adolescents qui n'étaient pas informés de leur infection par le VIH

Les adolescents qui présentaient un retard mental ou un gros retard scolaire, ne permettant pas la compréhension de la maladie et sa prise en charge ainsi que les questions posées.

### **2.4 Recueil des données : méthodologie**

Les données informatisées sur fichier excel ont permis d'établir une liste de toutes les ouvertures de dossiers au CTA de Pointe-Noire avec années de naissance de 1992 à 1998. A partir de cette liste, tous les dossiers avec un diagnostic fait après l'âge de 14 ans ont été exclus.

Une analyse des dossiers des patients perdus de vue et décédés a ensuite été réalisée en recensant les informations aux archives dans les dossiers papier.

La liste finale comprenait donc les patients éligibles pour l'étude :

#### Recueil théorique prévu initialement :

- **Un questionnaire médecin** était rempli pour chaque patient éligible, grâce au dossier médical et lors de l'examen clinique réalisé en consultation pour le recueil des données cliniques et biologiques.
- **Un auto-questionnaire** à remplir en fin de consultation abordant la sexualité, l'observance au traitement, les connaissances sur le VIH et le suivi. L'auto-questionnaire a été rédigé en s'inspirant d'un auto-questionnaire destiné aux jeunes adultes (15-25 ans) des Pays de la Loire séropositifs depuis l'enfance. Les questions ont été adaptées en termes de vocabulaire et montrées au psychologue du CTA pour d'éventuelles corrections. Le psychologue n'a pas modifié les questions. Pour simplifier l'interprétation, un maximum de questions demandait une réponse binaire oui/non ou des propositions à cocher.

#### Recueil pratique :

Le recueil a été réalisé de février 2012 à mi-avril 2012.

L'auto-questionnaire s'est avéré difficile, avec un déchiffrement long pour les adolescents. Je leur proposais donc de commencer seul et de revoir ensemble les questions qu'ils n'avaient pas comprises. De plus, en termes d'organisation des consultations, il était difficile de passer 15 mn avec eux pour remplir le questionnaire. J'ai donc profité des groupes de parole des adolescents, organisés le samedi pour les voir à ce moment là.

La consultation médicale était réalisée à la date prévue de suivi. Les adolescents dont la consultation était après mi-avril 2012 ou qui n'avaient pas honoré leur RDV étaient joints par téléphone portable (via un parent en général) et une date de consultation ou une invitation au groupe de parole était proposée. Dans un second temps, une liste des adolescents non vus a été remise à la pharmacie pour insister à nouveau lors du ravitaillement en ARV.

## **2.5 Analyse des données**

Description épidémiologique : utilisation du logiciel Epi Data pour la saisie des données et le calcul des fréquences.

# **3 RESULTATS**

## **3.1 Nombre de dossiers inclus**

Parmi les 130 adolescents nés entre 1992 et 1998 dont un dossier a été ouvert au CTA de Pointe-Noire, environ 1/3 ont été diagnostiqués après l'âge de 14 ans, donc exclus de l'étude. Il n'a pas été possible d'évaluer précisément les modes de contamination de ces adolescents, par manque de données. Cependant, une majorité d'entre eux, au vu de leur histoire clinique, a probablement été contaminée par voie materno-fœtale. D'autres avaient déjà débuté la vie sexuelle, avec notamment des jeunes filles dépistées séropositives au cours d'une grossesse. Sur ces 40 adolescents dépistés après 14 ans, le sex-ratio était de 0,25. 13 jeunes filles sur 32 étaient enceintes, avec un âge moyen de grossesse à 16,5 ans.

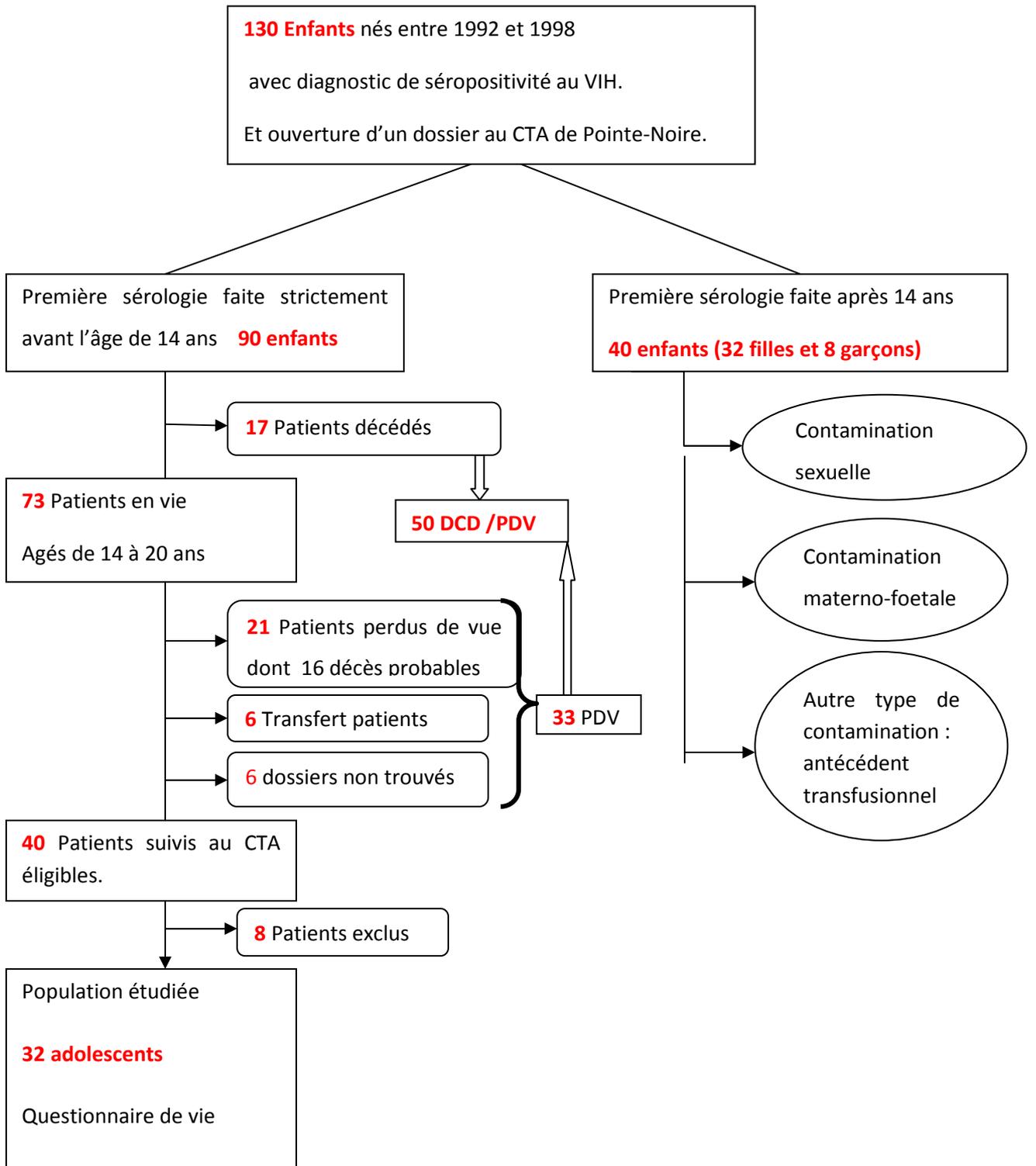


Diagramme d'inclusion des patients dans l'étude

Plus d'1/3 des adolescents nés entre 1992 et 1998 dont le diagnostic a été fait avant l'âge de 14 ans sont décédés ou perdus de vue (50 dossiers étudiés)

- 17 Décès confirmés
- 27 perdus de vue: 16 décès probables, 2 enfants partis en voyage, 3 enfants sans élément d'orientation dans le dossier, 6 transferts (en bon état général)
- 6 dossiers non retrouvés,

Le dernier tiers représente la population étudiée. Parmi les 40 adolescents éligibles pour cette étude, 32 adolescents ont été inclus, ayant pu répondre au questionnaire. Les causes d'exclusion étaient :

- 3 adolescents non informés de leur séropositivité au VIH :
  - 1 jeune fille de 16 ans avec retard psychomoteur
  - 1 garçon avec un retard scolaire important
  - 1 garçon de 15 ans en excellent état général mais en échec virologique documenté depuis 2009 et échec immunologique en mars 2012 par non observance au traitement (stade A3) non connu de l'équipe psycho-sociale, à cause de l'opposition des parents à l'annonce diagnostique.
- une jeune fille ayant subi récemment des violences sexuelles,
- une jeune fille de 20 ans en rupture de suivi et de traitement, qui a bénéficié d'une visite à domicile par l'assistante sociale à cette occasion. Malgré une altération de l'état de santé, elle n'a pas souhaité venir en consultation.
- 2 garçons (14 et 16 ans) non vus à la date de consultation trimestrielle.
- Un garçon de 16 ans suivi depuis l'âge de 11 ans. Dossier non trouvé.

### 3.2 Caractéristiques socioculturelles

Les caractéristiques de cette cohorte de 32 adolescents âgés de 14 à 18 ans sont un âge moyen de 16 ans 3 mois, avec un âge moyen de diagnostic de 9 ans 9 mois. Elle est composée de 18 filles (56%) et 14 garçons (44%), donc un sex-ratio de 0,8. Le mode de transmission prédominant est materno-foetal (78%). Dans 16% des cas, les antécédents transfusionnels sont en faveur d'une contamination par le sang. Le mode de contamination est inconnu chez 6% des adolescents. 1 seul enfant est déscolarisé, mais 32% des adolescents ont un retard scolaire de plus de 3 ans. Le niveau global était au niveau collège. 56% sont orphelins de mères dont 34% orphelins de père et mère. 9 adolescents ont une mère en vie, séropositive, également suivie au CTA. Ils sont tous croyants et pratiquants, de religion chrétienne, sauf un garçon sans religion et vivent tous en milieu urbain.

	Nombre d'adolescents (n=32)
<b>Sexe</b>	
Masculin	14
féminin	18
Age moyen	16 ans 3 mois
Age moyen au diagnostic	9 ans 9 mois
<b>Mode de contamination</b>	
• Materno-foetale	25
• transfusion	5
• inconnu	2
Orphelins de mère (dont orphelins père et mère)	18 (11)
Mère en vie séropositive	9
<b>Religion</b>	
• catholique	16
• Protestant	9
• Eglise évangélique	5

### 3.3 Données clinico-biologiques

Cliniquement, la majorité des adolescents est asymptomatique (83% classés A au stade CDC). 34,5% présentent une insuffisance pondérale selon l'IMC en fonction de leur âge. Les jeunes filles ne présentent pas de retard pubertaire (3 jeunes filles en aménorrhée primaire. Age moyen des 1<sup>e</sup> règles= 14 ans pour un échantillon de 11 filles, 4 dossiers sans données) 70% des adolescents ont une anémie (Hb< 12g/dl), le taux d'hémoglobine moyen étant de 10,6 +/- 3,2 g/dl.

***Patients sans ARV :***

3 adolescents de sexe masculin ne sont pas sous ARV en raison d'une absence d'indication immunologique ( $> 350$  lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup>), avec un taux moyen de 664 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup>. Ils sont sous prophylaxie au cotrimoxazole.

- Le premier jeune homme âgé de 16 ans présente un retard staturo-pondéral, la contamination est sanguine (mère séronégative, antécédent de 3 transfusions à l'âge de 3 ans et frère jumeau séropositif décédé à l'âge de 15 ans) L'indication clinique d'ARV n'avait pas été retenue en raison d'autres causes pouvant expliquer ce retard staturo-pondéral.
- Le deuxième jeune homme, âgé de 14 ans, orphelin total, suivi depuis l'âge de 11 ans est asymptomatique.
- Le troisième jeune homme âgé de 15 ans, suivi depuis l'âge de 10 ans et de mère séropositive suivie au CTA est asymptomatique.

***Patients sous ARV :***

L'âge moyen de début des ARV est de 10 ans, ce qui représente un suivi moyen de 6 ans avec 62 % des patients en 1<sup>e</sup> ligne vs 38% en 2<sup>e</sup> ligne.

Le suivi biologique des patients est aléatoire en raison des ruptures en réactifs, ce qui rend impossible l'évaluation des échecs virologiques ou immunologiques selon les critères OMS. Une évaluation subjective basée sur des arguments cliniques et biologiques, prenant en compte l'évolution récente clinique et des résultats d'examen datant souvent de plus d'un an permet d'établir que 20 % des adolescents sont en échec certain, 55% sont en bonne réponse apparente et 25% sont dans une situation indéterminée. Parmi les 20 patients (sur 27 prélèvements) présentant une anémie, 12 sont sous AZT versus 3 sous AZT sur les 7 patients sans anémie. L'anémie ne paraît donc pas seulement imputable à l'AZT (effet secondaire connu)

### **3.4 Conduites sexuelles**

Plus d'un tiers des adolescents (37,5%) ont un ou une petite ami (e). 28% des 14-20 ans (9 adolescents) déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles, avec un âge moyen du 1<sup>er</sup> rapport sexuel à 15,6 ans. Dans la tranche d'âge 18-20 ans, 3 adolescents sur 7 n'ont pas encore eu de relations sexuelles. Le partenaire était toujours de sexe opposé. L'utilisation du préservatif était constante lors du premier rapport sexuel mais 5 adolescents sur 9 déclarent avoir eu des conduites à risque avec au moins un rapport sexuel sans préservatif dans les 12 derniers mois (dont un adolescent sans traitement ARV)

### **3.5 Observance**

Les adolescents de l'étude ont un traitement en 2 prises par jour au minimum. Pour assurer un succès du traitement antirétroviral, il est nécessaire d'obtenir une observance à 95 % ce qui représente moins de 3 oublis par mois pour un traitement en 2 prises par jour.

Au total 81,2 % des adolescents ont une observance non optimale :

- 62,5% des adolescents reconnaissent une observance incomplète, avec un oubli de traitement entre 1 et 4 fois dans le dernier mois.
- 16 % des adolescents ont une mauvaise observance : 3 adolescents admettent un oubli entre 5 et 9 fois et 2 adolescents un oubli de plus de 10 prises dans le dernier mois.

Les principales raisons avancées sont : le simple oubli (62,5%) le fait de prendre le traitement en public (40,6%) « je ne voulais pas que les autres me voient prendre des médicaments », l'endormissement à l'heure de la prise (31%) et le fait de se rappeler la maladie (34,4%)

2 adolescents étaient prêts à abandonner le traitement sur injonction religieuse d'un pasteur.

### **3.6 Autres informations**

#### ***addictions***

Aucun adolescent ne déclare fumer ou avoir essayé de fumer. 15% des adolescents déclarent boire de l'alcool, en ayant commencé après 17 ans. Aucun adolescent ne déclare avoir consommé de la drogue.

## ***sexualité***

65% des adolescents sont prêts à parler de la sexualité en groupe de parole, la moitié ayant déjà participé à un groupe de parole sur ce thème. 44% des adolescents participeraient à un atelier sur l'utilisation du préservatif. 25 adolescents (78%) ont un désir d'enfant dans l'avenir.

## ***Les connaissances sur le VIH et sa prise en charge***

Le niveau de connaissance sur le VIH était très variable, en raison d'une hétérogénéité du niveau scolaire. Les questions, jugées difficiles à posteriori, mais reprenant les explications données en séances d'éducation thérapeutique, ont montré qu'une minorité des adolescents étaient très bien informés.

Globalement ils savent différencier l'infection par le virus qui est un « microbe dans le sang » et la maladie qui est le SIDA, et qu'il faut prendre le traitement pour éviter d'être malade. Les significations des termes de VIH, SIDA, séropositif sont peu connus. Le mot virus (ou microbe), utilisé dès l'enfance reste majoritaire. Le terme d'anticorps est souvent utilisé par les éducateurs pour désigner les lymphocytes CD4. Il est impossible de retrouver une date d'annonce dans le dossier, ou en demandant aux adolescents directement. En effet l'annonce est progressive au cours des consultations psychologiques, souvent c'est lors des discussions en groupe de parole que le mot VIH est utilisé. Le désaccord de la famille reste un frein à l'annonce. D'où la difficulté pour le médecin de responsabiliser l'adolescent : d'une part un des parents accompagne souvent l'adolescent en consultation, d'autre part l'absence de données sur l'information de la séropositivité ne permet pas d'adresser l'adolescent aux séances d'éducation thérapeutique ou d'aborder le sujet en consultation.

Concernant les 3 modes de transmission du VIH :

- 82% des adolescents savent que le VIH se transmet de la mère à l'enfant à la fois lors de l'accouchement et de l'allaitement.
- Les questions concernant les modes de contamination sexuelle (vaginal/oral/anal) étaient mal comprises et donc peu interprétables.
- 84% des adolescents savent que le VIH se transmet par le sang.

Une minorité d'adolescents pensent que le virus se transmet par la salive, en s'embrassant pas exemple (6%) ou en buvant dans le verre d'un séropositif (18%)

Concernant l'évolution de l'infection VIH, 74% ont compris que « l'infection VIH évolue vers le SIDA sans traitement antirétroviral » mais de nombreux adolescents (40%) pensent qu' « on peut guérir de l'infection VIH avec le traitement antirétroviral ».

La plupart des adolescents ne connaissent pas les lymphocytes CD4 mais comprennent le terme « anticorps » utilisé dans le même sens, sans connaître les taux théoriques de CD4 ni la dynamique pendant l'infection VIH. Ils sont encore moins nombreux à connaître la charge virale. 2 adolescents connaissent leurs résultats de taux de CD4 et de charge virale.

### ***Le partage du « secret » de la séropositivité au VIH***

Les adolescents partagent l'information avec leur famille proche. Aucun adolescent n'a informé ses amis.

### ***Les réactions des soignants et des soignés***

La mise en pratique de l'étude sur place a permis la sensibilisation de l'équipe du CTA à la problématique de l'adolescent. Quelques adolescents ont été rappelés à cette occasion, pour participer aux groupes de parole. Le questionnaire a également été repris pas la psychologue en groupe de parole. La consultation avec les questions abordant la sexualité, l'observance et aussi les connaissances sur l'infection par le VIH et le suivi a suscité un intérêt chez les adolescents. Quelques adolescents sont ensuite venu en consultation, en demandant les moyens d'éviter la contamination de la mère à l'enfant, avec parfois une curiosité intellectuelle précise sur l'aspect pratique. C'était également l'occasion de réexpliquer la dynamique de l'infection VIH, de les orienter vers l'assistante sociale pour reprendre l'éducation, parler de l'intérêt du suivi biologique, et donc de l'importance du prélèvement sanguin, pour savoir si le traitement est efficace.

## 4 DISCUSSION

La population étudiée était en bonne santé. Il y a nécessairement un biais lié au fait qu'une partie de cette génération est morte du SIDA et que les enfants ayant survécu sont ceux pour qui l'évolution a été plus lente (absence de traitement) Environ 1/3 des enfants africains infectés sont des « progresseurs lents » avec une espérance de vie médiane à 16 ans (Ferrand et al., 2009) Leur état de santé est donc encourageant comme l'état de santé des adolescents de la cohorte EPF en France qui avaient bénéficié d'un HAART au même âge, vers 9-10 ans (Dollfus et al., 2010) Les participants sont souvent ceux qui suivent mieux leur traitement et qui viennent régulièrement aux activités proposées. Les adolescents absents, parfois en vraie rupture, sont peut-être en moins bonne santé.

Cependant de 20 à 45% des 29 adolescents étaient en échec thérapeutique et plus d'un tiers était en 2<sup>e</sup> ligne thérapeutique alors qu'ils sont en moyenne depuis 6 ans sous ARV. Ces observations attestent d'un problème de résistance lié le plus souvent à une période de mauvaise observance (4 ruptures documentées, probablement sous-estimées) et à la barrière génétique faible des INNRT utilisés en 1<sup>e</sup> ligne.

Un tiers des adolescents présente une insuffisance pondérale, n'étant pas nécessairement lié au VIH au vu des conditions de santé globale du pays. A noter qu'un adolescent de 12 ans était en surpoids, ce qui est rare chez les jeunes. L'embonpoint est un signe de richesse et est lié à des conditions socio-économiques favorables au Congo et en Afrique en général. De même, l'anémie est chronique et multifactorielle et non imputable seulement au VIH ou à l'AZT.

Le fait d'être « une femme blanche », avec un regard et une approche différente des soignants habituels, sur une période courte, était un avantage. Ce positionnement m'a permis de mettre les adolescents plus facilement en confiance pour parler de sujets encore tabou dans leur culture, sans peur de jugement, de moralisation ou de rupture du secret médical.

## ***L'observance***

Dans une étude menée en France en 2001 sur l'observance de 29 adolescents, 79% n'avaient pas pris leur traitement au moins une fois (Trocmé et al., 2002) La population étudiée était sensiblement la même avec une transmission materno-fœtale, la moitié des jeunes originaires d'Afrique subsaharienne, un traitement ARV depuis 8 ans en moyenne, un bon état général. La reconnaissance d'une observance non optimale est identique au CTA (81,2%)

Une différence majeure observée dans le vécu de la maladie, est l'annonce de la séropositivité. La majorité des adolescents en France se rappelaient du « moment de l'annonce » et des émotions et réactions que l'annonce avait suscité. La majorité savait également comment ils avaient été contaminés. Les adolescents congolais, eux, n'étaient pas capables de dire à quel âge et comment ils avaient appris leur séropositivité, et le dossier médical ne contenait pas l'information. Cette différence s'explique en partie par des pratiques médicales différentes, l'annonce étant faite par le médecin en France alors qu'elle est du domaine du psychologue et de la famille au CTA.

Ce problème de l'annonce diagnostique a des conséquences importantes chez l'adolescent au Congo, avec une prise en charge en aval qui n'est pas optimale : absence d'investissement du suivi. Les adolescents congolais comme les adolescents français connaissent bien les modes de transmission du VIH mais dans l'ensemble ne savent pas ce qu'est la charge virale ou le taux de CD4 et ne connaissent pas leur taux respectif. Si en France l'adolescent reste volontairement à l'écart du discours médical avec une certaine passivité dans le suivi médical, au Congo l'absence d'explications médicales joue également un rôle important dans cette attitude.

Malgré les différences culturelles, les adolescents avancent les mêmes raisons de mauvaise observance avec en premier lieu le simple oubli et en second lieu le fait de ne pas vouloir se montrer en public (Reisner et al., 2009) Les effets secondaires sont peu mentionnés.

### ***Conduites sexuelles :***

Le message d'utilisation du préservatif est passé. Cependant, malgré une utilisation constante lors des premiers rapports sexuels, certains adolescents reconnaissent facilement l'avoir délaissé. Ces résultats sont comparables à ceux de la cohorte française de jeunes adultes séropositifs qui rapportent une utilisation non systématique du préservatif, en particulier les jeunes filles (52,7%) (N Briand et al, 2012) Cette utilisation « aléatoire » du préservatif reste un problème, à la fois dans la population séropositive et la population générale au Congo. En 2000, une étude menée au CTA de Pointe-Noire sur les adultes venant faire un dépistage (sex-ratio 0,4), montrait une utilisation quasi-inexistante du préservatif : 33 % absente et 36% rare (Kibangou et al, 2000) Les adolescents de Pointe-Noire étaient tous croyants et chrétiens, comme la majorité de la population donc ce facteur ne paraît pas pertinent pour analyser les conduites sexuelles au Congo.

Dans les pays du Nord, une étude aux Etats-Unis montre des conduites à risque similaires avec le fait d'avoir un parent ou tuteur VIH négatif comme facteur de risque (Bauermeister, Elkington, Robbins, Kang, & Mellins, 2012) Cela n'a pas été étudié ici.

L'absence de grossesse chez les jeunes filles est un marqueur de conduites à risque limitées. C'est également de bonne augure dans un pays où les grossesses chez les adolescentes sont fréquentes et la maternité un besoin absolu de la femme en société. En 2005 le taux de fécondité était de 131,5 pour 1000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, soit 10 fois plus qu'en France : 10,59 en 2008 (« OMS | Congo », s. d.). Un mensonge ne peut pas être exclu tellement l'IVG est tabou. Néanmoins, certaines jeunes filles suivies pendant l'enfance ont déjà été enceintes. Aborder la contraception, le désir d'enfant est donc essentiel, en particulier chez les jeunes filles qui arrêtent l'école plus tôt pour apprendre à être de bonnes ménagères. L'âge du premier rapport sexuel est inversement lié au niveau scolaire en Afrique, pour les filles (cf annexe. Données au Swaziland UN)

L'intérêt que certaines jeunes filles ont montré au CTA, quant aux méthodes pour éviter la transmission mère-enfant est observé en France. L'annonce de cette possibilité de « mettre au monde » sans transmettre le virus a un effet dédramatisant et certains médecins conseillent une consultation gynécologique au cours du suivi pédiatrique (Funck-Brentano, Veber, Gailhoustet, Viard, & Blanche, 2007)

### ***Autres informations :***

Du point de vue de l'éducation, de fortes disparités sont observées. Des jeunes d'un niveau concordant à l'âge ont des connaissances sur le VIH excellentes. D'autres, nombreux avec un retard scolaire de 3 ans, ont des difficultés avec le français écrit et un niveau 6<sup>e</sup> ne permettant pas une compréhension de l'infection avec un minimum de notions biologiques. Plusieurs facteurs peuvent être en cause : retard scolaire du à des absences répétées pour maladie, retard cognitif/difficultés d'apprentissage liés aux effets cérébraux de l'infection VIH (Moulinier, Antoine, 2011) , système scolaire déficient avec des classes de 80 élèves non adapté aux enfants en difficulté.

Les adolescents se projettent dans l'avenir avec des professions comme ingénieur dans le pétrole et beaucoup de vocations de médecin exprimées. La question de la dépression ou du mal-être n'a pas été abordée alors qu'elle est souvent retrouvée chez les adolescents occidentaux (Malee et al., 2011) et identifiée comme facteur de non-observance (Reisner et al., 2009) Ce choix peut se discuter, mais la spécificité culturelle de la dépression doit être appréhendée de façon réfléchie car les symptômes et la reconnaissance dans la société sont différents. Le vécu psycho-social de la séropositivité au VIH renvoie nécessairement au partage de l'information.

Or le secret du statut virologique pose problème dans toutes les cultures, les adolescents cachent leur prise de médicament, ils ne partagent leur statut sérologique qu'avec la famille proche et pas avec leurs amis, petit (e) ami (e) ou partenaire sexuel(Michaud, Suris, Thomas, Gnehm, & Cheseaux, 2010) Le sujet est peu abordé en famille, en particulier le mode de transmission, ce qui peut entraîner un vécu douloureux pour l'adolescent (Funck-Brentano et al., 2007)

### ***Perspectives***

De nombreux adolescents font bien la différence entre leur état de santé au diagnostic, vers 10 ans, souvent au stade SIDA (stade 3 ou 4 de la classification OMS) et leur état de santé actuel qui est du au traitement ARV. Ce vécu peut être un réel facteur de bonne observance. L'hypothèse qu'on peut émettre est que la génération suivante qui aura bénéficié de la PTME n'aura pas vécu « la maladie » et sera moins prompt à voir les bénéfices d'un traitement qu'il faut prendre au quotidien (Michaud et al., 2010) De même la durée de

traitement est associée à une moins bonne observance (Reisner et al., 2009) L'infection VIH comme maladie chronique est un réel défi qui pose des difficultés à l'âge adulte aussi : le diagnostic est fait plus tôt chez des patients en parfaite santé. De plus en plus souvent, une simple surveillance est nécessaire sans indication de traitement ARV. Les patients sont très déçus de ne pas avoir de traitement et le risque de les perdre de vue est important si le temps de l'explication n'est pas pris. Il est donc essentiel que la transition enfance/adolescence avec responsabilisation de l'adolescent ne soit pas tardive.

### **Proposition de stratégies**

- Attacher une importance particulière à l'annonce de l'infection par le VIH (à différencier du « virus ») dans le but d'autonomiser progressivement l'adolescent dans sa prise en charge. Documenter cette annonce et ne pas la retarder (10-12 ans)

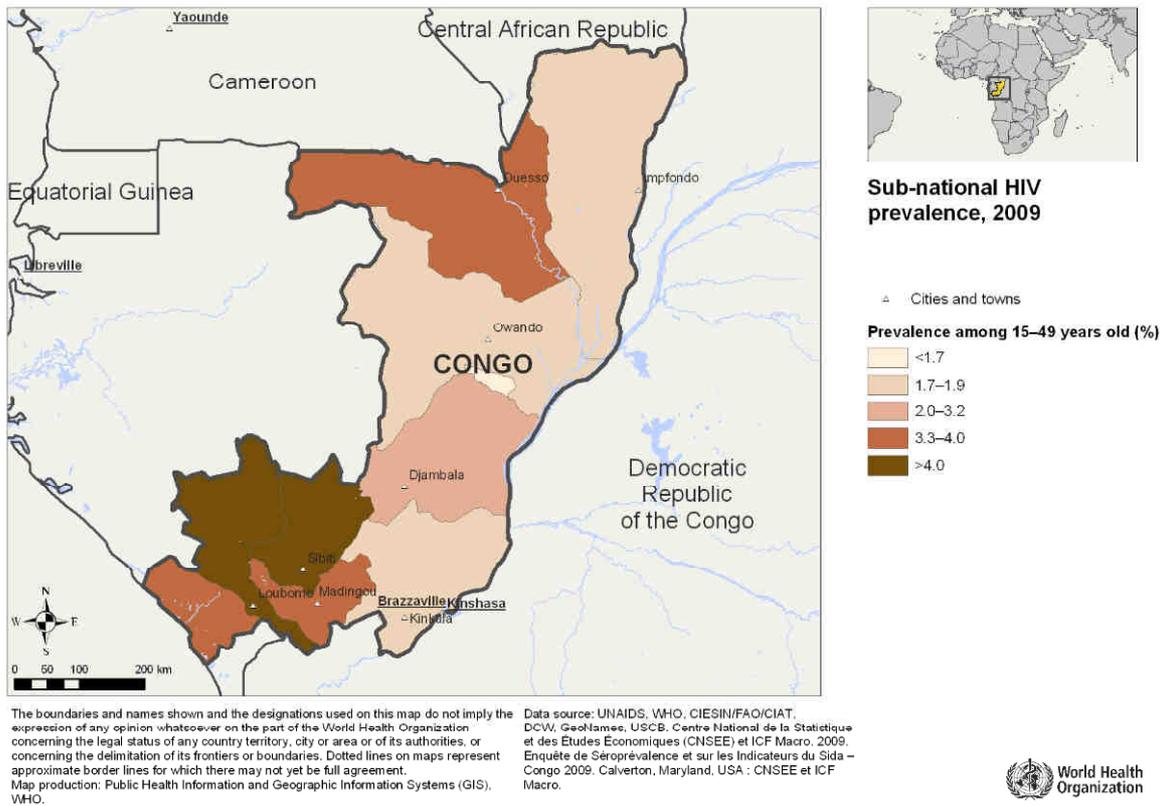
*Cet objectif est déjà prévu pour les enfants < 14 ans actuellement en PEC dans le cadre du R9 : programme axé sur les enfants avec de nombreux enfants traités depuis la naissance, ayant bénéficié de la PTME.*

- Adopter une attitude médicale de coopération en interrogeant sur les stratégies mise en place pour ne pas oublier la prise des médicaments.
- Aborder rapidement en consultation médicale la question de la contraception/reproduction : question centrale, à un âge jeune, dès 13 ans chez les jeunes filles
- Continuer les groupes de parole sur la sexualité pour lever les tabous. Proposer éventuellement un groupe de parole de filles.

## **5 CONCLUSION**

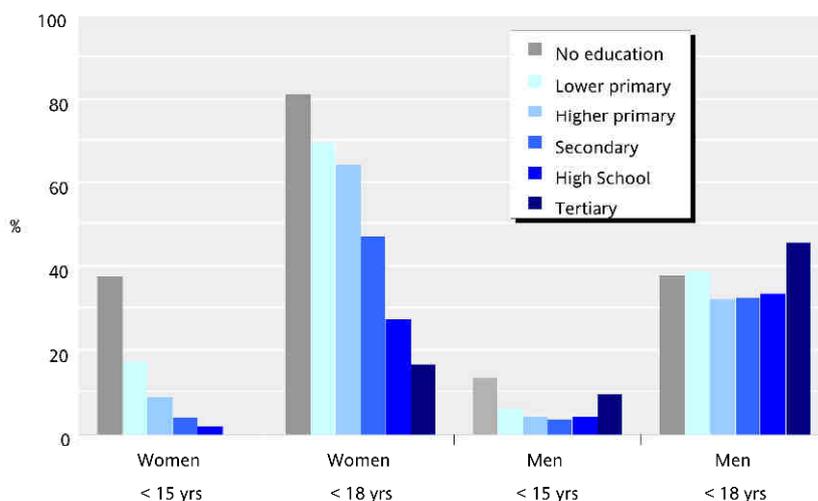
Les adolescents sont cliniquement en bonne santé mais l'observance évaluée sur auto-déclaration n'est pas optimale et environ un tiers des adolescents est en échec thérapeutique. Cette situation est préoccupante en Afrique au vu de l'absence de 3e ligne de trithérapie. Les causes d'oublis de prise sont identiques au pays du Nord. Les jeunes sexuellement actifs ont utilisé le préservatif lors des premiers rapports sexuels mais ont des conduites à risque avec une utilisation non systématique.

## 6 ANNEXES



Carte du Congo avec prévalence du VIH selon les régions en 2009 (« ONUSIDA », s. d.)

## Age at first sexual intercourse by education status in Swaziland, 2007



Sources: Central Statistical Office & Macro International (2008).

Figure 5

Age des premiers rapports sexuels selon le niveau d'éducation au SWAZILAND en 2007  
(« ONUSIDA », s. d.)

### Les objectifs de l'accès universel aux antirétroviraux des recommandations OMS 2010 :

#### 1. Ne pas nuire

Les personnes qui sont les plus malades et celles qui ont le plus besoin de traitement continuent à avoir accès à celui-ci après l'introduction des changements.

#### 2. Garantir l'accès et l'équité

Toutes les personnes qui en remplissent les conditions cliniques doivent pouvoir intégrer des services de traitement (y compris de TAR) et la répartition de ces services doit être juste et équitable.

#### 3. Favoriser la qualité et l'efficacité

Garantir la meilleure prise en charge possible dans le cadre d'une approche de santé publique afin d'avoir le plus large impact possible sur la santé en utilisant de façon optimale les ressources humaines et financières disponibles.

#### 4. Pouvoir être maintenu à long terme

Réaliser quelles sont les conséquences à long terme des changements avec pour objectif de fournir à ceux qui en ont besoin un accès continu et pour la vie entière au TAR.

*Ce questionnaire est anonyme, il ne sera pas dans ton dossier médical. Les réponses vont servir à améliorer la prise en charge des adolescents. Tu peux donc répondre aux questions sans avoir peur. Merci de répondre sincèrement.*

### **Conditions de vie actuelle**

Quel âge as-tu ?

Quel est ton sexe ? masculin /féminin

De quelle nationalité es-tu ?

- **Est-ce que tu vas à l'école ?** oui/non

En quelle classe es-tu ?

Quel est ton projet professionnel ?

As-tu un retard scolaire ?

non	1 an	2 ans	> 3 ans
-----	------	-------	---------

- **Si tu travailles,** - quel métier fais-tu ? .....

- quand as-tu arrêté l'école ? .....

Est-ce que ta mère est décédée ? .....

Si Oui, quel âge avais tu quand elle est décédée ? .....

Est-ce que tes parents sont séparés ?.....

Où est-ce que tu vis ? - chez ton père / ta mère biologique

- Chez un Autre parent (préciser) :.....

Est- ce que tu crois en Dieu ?.....

Es tu : catholique / protestant / musulman / autre :.....

Vas-tu régulièrement à l'église (ou à la mosquée) ? .....

### **Vie sentimentale et sexualité**

As-tu un petit ami ou une petite amie ?

a. Est-il (elle) au courant pour le VIH ?

b. Connais-tu son statut VIH ?

As -tu un désir d'enfant ? non / si oui : actuellement ou dans l'avenir ?.....

As-tu déjà eu des rapports sexuels ? ..... Si NON, vas directement à la question **attentes**.

**Ton premier rapport sexuel :**

quel âge avais tu ? .....

1. Ton partenaire était de quel sexe ?
2. As-tu utilisé un préservatif ? oui/non si oui : préservatif féminin ou masculin ?
3. Est-ce que ce partenaire connaissait ton statut sérologique ?
4. Connaissais-tu son statut sérologique VIH ?

**Tes partenaires sexuel(le)s:**

Au cours des 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels as-tu eu ? 0 / 1 / 2 à 5 / >5

Au cours des 12 derniers mois, as-tu eu au moins un rapport sans préservatif ? .....

As tu déjà été enceinte ou, si tu es un garçon , ta partenaire a-t-elle déjà été enceinte pendant que vous étiez ensemble ? .....

**Attentes :**

As-tu déjà parlé de la sexualité en groupe de parole ? .....

Souhaiterais-tu parler de la sexualité en groupe de parole ? .....

Participerais-tu à un atelier pratique sur l'utilisation des préservatifs ? .....

**Conduites addictives**

Alcool : est ce que tu bois de l'alcool ? ..... à quel âge as-tu commencé ? .....

Tabac : est ce que tu fumes ? .....Est-ce que tu as déjà essayé de fumer ? .....

Drogues : est-ce que tu prends de la drogue ? .....

**Evaluation des connaissances** : Le VIH se transmet par :

La salive (en s'embrassant)	oui	non
Le sang (transfusion)	oui	non
Les rapports sexuels : pénétration anale	oui	non
Les rapports sexuels oraux	oui	non
De la mère à l'enfant lors de l'allaitement	oui	non
Les rapports sexuels : pénétration vaginale	oui	non
De la mère à l'enfant à l'accouchement	Oui	Non
En buvant dans le verre d'un séropositif	oui	non

Que signifie **VIH** ?.....

Que signifie **SIDA** ?.....

**Coche les réponses vraies :**

**L'évolution de l'infection VIH**

L'infection VIH évolue vers le SIDA sans traitement antirétroviral

On peut guérir de l'infection VIH avec le traitement antirétroviral

Les infections opportunistes sont des infections qui surviennent quand les anticorps (CD4) sont bas

Le VIH attaque les anticorps (CD4) et empêche l'organisme de se défendre contre les infections

Quand Le VIH arrête de se multiplier, les anticorps (CD4) diminuent

**La charge virale est :**

La quantité du VIH dans le sang

Indétectable lorsque le virus se multiplie

élevée lorsque le traitement antirétroviral est efficace

indétectable lorsqu'on prend bien le traitement antirétroviral

indétectable lorsque le virus a été éliminé

**Les lymphocytes ( « anticorps ») CD4 :**

le taux est normalement compris entre 200 et 500 cellules/ml

le taux est normalement compris entre 500 et 1500 cellules/ml

avec un taux < 50 CD4 je risque de faire une infection opportuniste grave

avec un taux < 200 CD4 je risque de faire une infection opportuniste grave

ils augmentent quand la charge virale est indétectable

ce sont mes défenses immunitaires

**Evaluation de l'observance :**

**As-tu les médicaments en permanence sur toi quand tu te déplaces ?**

**Utilises-tu l'alarme de ton téléphone portable pour te rappeler l'heure des prises ? OUI /NON/pas de téléphone**

**Combien de fois as-tu oublié de prendre ton traitement le mois passé ? (retard de plus de 2H ou absence de prise)**

Aucun oubli	Entre 1 et 4 fois	Entre 5 et 9 fois	➤ 10 fois
-------------	-------------------	-------------------	-----------

**Pendant le mois passé, quelles sont les raisons pour lesquelles tu as oublié de prendre tes médicaments ?**

Je n'avais pas les médicaments sur moi	
J'ai simplement oublié	
J'étais occupé à faire autre chose	
Je n'avais pas fait le renouvellement	
Il y a trop de cachets à prendre	
J'ai peur des effets secondaires	
Je ne voulais pas que les autres me voient prendre des médicaments	
J'ai eu un changement dans ma routine	
Je ne me sentais pas bien/j'étais malade	
Je n'avais pas compris les instructions	
Je me sens en bonne santé donc je n'en ai pas besoin	
Le pasteur a dit que je n'en avais pas besoin	
Je me suis endormi(e) à l'heure de prendre les médicaments	
Je n'aime pas le gout	
Ça me rappelle que je suis séropositif	
J'en avais marre	

Croyances :

Serais tu prêt(e) à arrêter le traitement si le pasteur te dit que Dieu va te sauver, et que les médicaments sont inutiles ? .....

**Prise en charge thérapeutique de ton infection**

A quel âge as-tu connu ton diagnostic de façon précise ?.....

Avais tu deviné ta séropositivité avant l'annonce par le médecin/les parents/le psychologue? .....

As-tu le SIDA ? .....

Actuellement, dans ton entourage, quelles sont les personnes qui connaissent ton infection VIH ? (entoure les réponses)

Famille :            mère/ père / frère(s) / sœur(s)    autre :.....

Amis :                aucun / un ami / plus de 2 amis

Actuellement, reçois-tu un traitement contre l'infection VIH ? .....

En quelle année ou à quel âge, as tu reçu ton premier traitement antirétroviral ?.....

Quels sont tes derniers résultats, si tu les connais ? : CD4 .....

charge virale .....

*Je te remercie d'avoir pris du temps pour répondre à ce questionnaire.*

grille recueil données médicales

n°

date de naissance

**caractéristiques socio-culturelles**

date 1e serologie				
date ouverture dossier				
date/age d'annonce de la séropositivité				
mode de transmission	materno-fœtale	sexuelle	transfusion	inconnu
sexe	feminin	masculin		
scolarité	oui	non		
niveau d'étude max				
retard scolaire				
situation familiale	Orphelin de mère	orphelin total	mère seropo	SUIVI CTA
croyances	protestant	catholique	église de réveil	musulman

**critères médicaux**

ARV	OUI	NON	date début ARV	
ligne	1e ligne		2e ligne	
rupture ARV	0 /1 /2 /3		Tps rupture total	
Cause rupture				
Derniers dosages	CV		date CV	
	CD4		Date CD4	

**examen clinique**

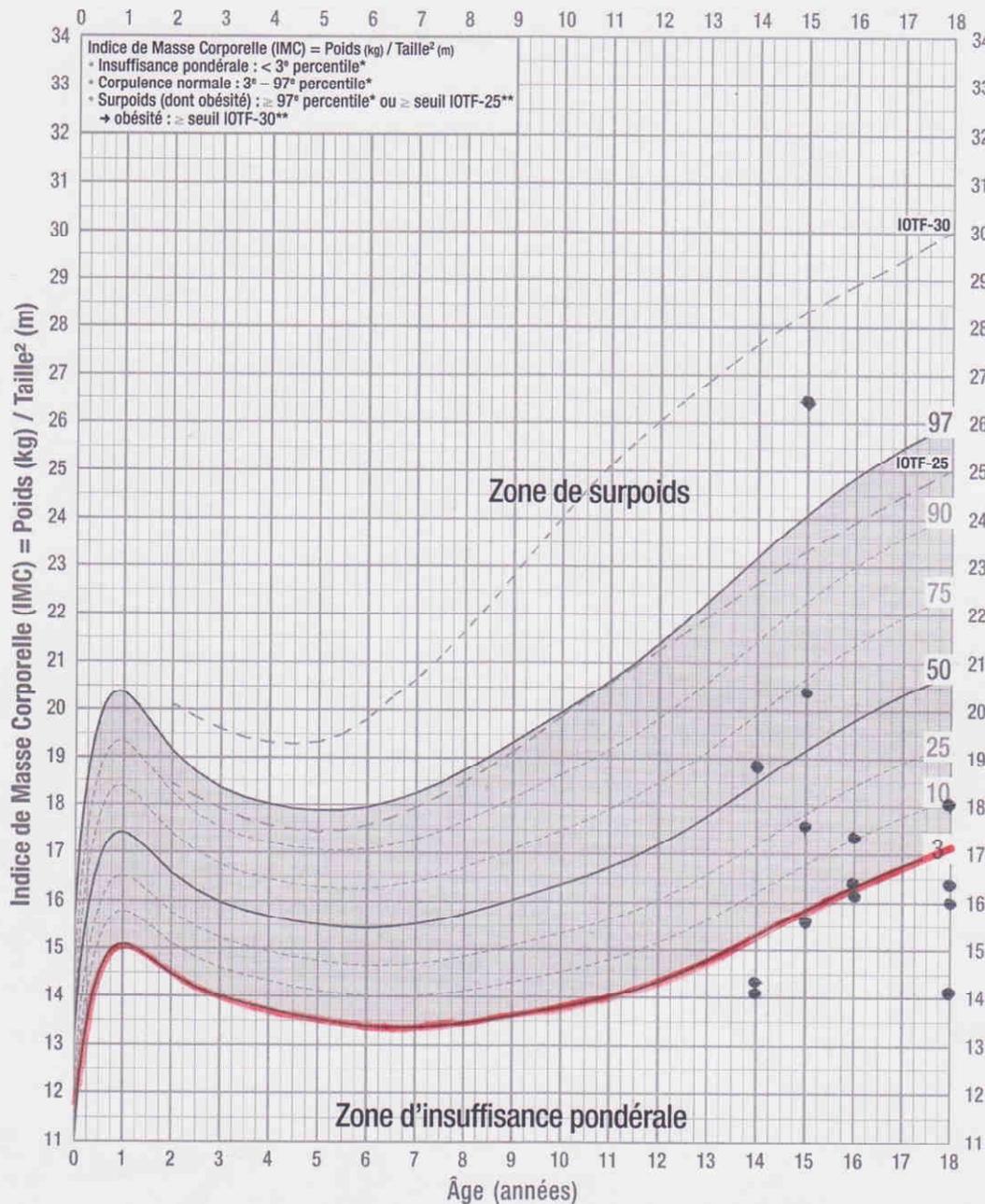
Stade CDC	
poids	
taille	
IMC	
Puberté	age des règles
	aménorrhée primaire/secondaire

Questionnaire médical de l'étude

## Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.  
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises\* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)\*\* atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

\* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

\*\* Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.

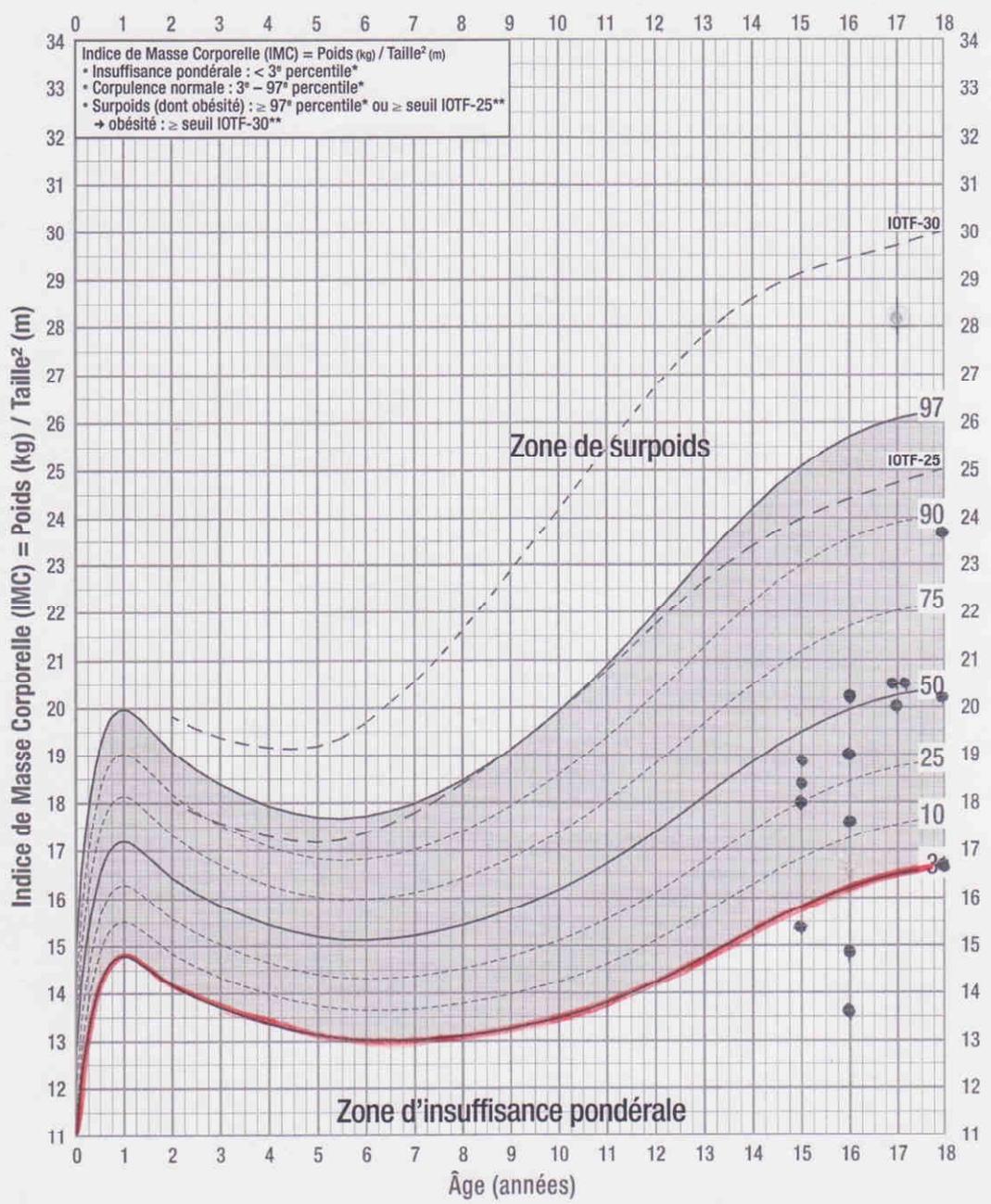
Report de l'IMC des 14 garçons sur la courbe de corpulence en fonction de leur âge

(les valeurs reportées sur la colonne 18 ans comprennent les valeurs d'IMC des adolescents âgés de 18 à 20 ans)

## Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises\* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)\*\* atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

\* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.  
 \*\* Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.



Report de l'IMC de 15 jeunes filles sur la courbe de corpulence en fonction de l'âge

## 7 BIBLIOGRAPHIE

- Bauermeister, J. A., Elkington, K. S., Robbins, R. N., Kang, E., & Mellins, C. A. (2012). A Prospective Study of the Onset of Sexual Behavior and Sexual Risk in Youth Perinatally Infected with HIV. *Journal of sex research*, 49(5), 413-422. doi:10.1080/00224499.2011.598248
- Blanche, Stéphane. (2011). Enfant et infection VIH (DOIN., p. 615-630).
- Bland, Ruth M. (2011). Management of HIV-infected children in Africa: progress and challenges. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 911-915.
- BONI, Tanella, C. (2008). *Que vivent les femmes d'Afrique?* (éditions du Panama.).
- Chirac Pierre, Raguin Gilles. (2011). Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. *VIH* (DOIN., p. 665-694).
- Courtois Robert, Mullet Etienne, Malvy Denis. (2001). comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du SIDA. *cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 11(1), 49-55.
- Dollfus, C., Le Chenadec, J., Faye, A., Blanche, S., Briand, N., Rouzioux, C., & Warszawski, J. (2010). Long-term outcomes in adolescents perinatally infected with HIV-1 and followed up since birth in the French perinatal cohort (EPF/ANRS CO10). *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 51(2), 214-224. doi:10.1086/653674
- Dowshen, N., & D'Angelo, L. (2011). Health care transition for youth living with HIV/AIDS. *Pediatrics*, 128(4), 762-771. doi:10.1542/peds.2011-0068
- Fancello, S. (2008). Sorcellerie et délivrance dans les pentecôtismes africains. (C. Henry & E. K. Tall, Éd.) *Cahiers d'études africaines*, 48(189-190), 161-183.
- Ferrand, R. A., Corbett, E. L., Wood, R., Hargrove, J., Ndhlovu, C. E., Cowan, F. M., Gouws, E., et al. (2009). AIDS among older children and adolescents in Southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic. *AIDS (London, England)*, 23(15), 2039-2046. doi:10.1097/QAD.0b013e32833016ce
- Fonquernie Laurent, Costagliola Dominique, Girard Pierre-Marie. (2011). Classifications, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. *VIH* (DOIN.).
- Funck-Brentano, I., Veber, F., Gailhoustet, L., Viard, J.-P., & Blanche, S. (2007). [Transition in adult care for HIV perinatally infected adolescents and young adults]. *Archives de pédiatrie: organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 14(6), 741-743. doi:10.1016/j.arcped.2007.02.045
- Kibangou N, Tchissambou N, Tran-Minh T, Loubaki G, Astel L, Gentilini M. (2000). Séropositivité, utilisation déclarée du préservatif et multipartenariat sexuel auprès des jeunes de 15-25 ans : étude transversale menée chez 265 demandeurs de dépistage volontaire du VIH au CTA de Pointe-Noire.

Malee, K. M., Tassiopoulos, K., Huo, Y., Siberry, G., Williams, P. L., Hazra, R., Smith, R. A., et al. (2011). Mental health functioning among children and adolescents with perinatal HIV infection and perinatal HIV exposure. *AIDS care*, 23(12), 1533-1544. doi:10.1080/09540121.2011.575120

Michaud, P.-A., Suris, J.-C., Thomas, R., Gnehm, H. E., & Cheseaux, J.-J. (2010). Coping with an HIV infection. A multicenter qualitative survey on HIV positive adolescents' perceptions of their disease, therapeutic adherence and treatment. *Swiss medical weekly*, 140(17-18), 247-253. doi:smw-12834

Moulinier, Antoine. (2011). Manifestations neurologiques. *VIH (DOIN)*.

N Briand, JP Viard, J Le Chenadec, C Dollfus, G Firtion, C Arvieux, I Funck-Brentano, V Reliquet, V Jeantils, L Boufassa, F Chretien, C Ferey, E Ramos, S Blanche, L Meyer, J Warszawski, ANRS CO19 Coverte group\*. (2012). Clinicians underestimate sexual risk behaviour in female patients with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection in the French national cohort ANRS CO19 Coverte. Présenté à HIV Pediatrics and AIDS 2012, Washington.

OMS. (2010). *recommandations rapides: traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent*.

OMS | Congo. (s. d.).WHO. Consulté octobre 28, 2012, de <http://www.who.int/countries/cog/fr/>

ONUSIDA. (s. d.). Consulté de <http://www.unaids.org/fr/>

Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Skeer, M., Perkovich, B., Johnson, C. V., & Safren, S. A. (2009). A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society, USA*, 17(1), 14-25.

SOUDAN, François. (2012). La sorcellerie au coeur du pouvoir. *Jeune Afrique*, (2686).

Trocmé, N., Vaudre, G., Dollfus, C., & Leverger, G. (2002). [Factors impacting on antiretroviral therapy compliance in HIV positive adolescents]. *Archives de pédiatrie: organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 9(12), 1241-1247.

RENAULT ANNA

**Titre de Thèse :** Adolescents infectés par le VIH, observance et conduites sexuelles : étude descriptive au centre de traitement ambulatoire de Pointe-Noire (Congo)

---

## RESUME

Depuis l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud en 2002, de nombreux enfants infectés par le VIH par transmission materno-fœtale ou sanguine survivent à l'âge adulte. L'infection par le VIH est une maladie chronique et infectieuse avec un risque d'échec thérapeutique et de contaminations horizontales et verticales à l'adolescence. Une étude descriptive réalisée au centre de traitement ambulatoire de Pointe-Noire au Congo permet de faire un état des lieux de la prise en charge des adolescents séropositifs congolais en 2012. 32 adolescents de 14 à 20 ans (âge moyen 16 ans et 3 mois) ont été inclus, avec un âge moyen de diagnostic à 9 ans et un sexe ratio de 0,8. Cliniquement ils sont en bonne santé malgré une insuffisance pondérale pour 1/3 d'entre eux. 82,1% des adolescents ont une observance non optimale, et environ un tiers des adolescents est en échec thérapeutique. Les jeunes sexuellement actifs (1/3) ont tous utilisé le préservatif lors des premiers rapports sexuels mais ont des conduites à risque avec une utilisation non systématique. Une

approche de responsabilisation du jeune est essentielle pour diminuer le risque de contamination à l'adolescence.

---

## **MOTS-CLES**

VIH, adolescence, conduites sexuelles, observance