



Adolescents infectés par le VIH au cours de la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes dans un hôpital de référence à Abidjan (Côte d'Ivoire). Etudes des caractéristiques cliniques

Hiv-infected adolescents during the transition from paediatric to adult care in a referral hospital in abidjan (cote d'ivoire). Clinical characteristics study

Kouadio Evelyne A ; Dainguy Marie Evelyne ; Gro bi André Marius ; Angan Goli Armand ; Kouakou Kouamé Cyprien ; Folquet-Amorissani Madeleine

Reçu en janvier 2023 - Accepté pour publication en mars 2023

RESUME

Introduction. Les adolescents vivant avec le VIH ont de moins bons résultats que les adultes en matière de soins, en particulier lors de la transition entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes. L'Objectif était de décrire les particularités socio familiales, cliniques, para cliniques et thérapeutiques des adolescents au cours de cette phase charnière de leur prise en charge.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} au 31 mars 2020 (1 mois) sur la cohorte d'enfants vivant avec le VIH suivi au CHU de Cocody (Abidjan) de novembre 2005 à mars 2020 (15 ans).

Résultats. Trente-huit adolescents en phase de transition ont été inclus. L'âge moyen était de 17 ans avec des extrêmes de 15 et 20 ans. Le sex ratio était de 1,37. La majorité des enfants étaient scolarisés (81,57%) avec un retard scolaire chez plus de la moitié (58%). Près de la moitié des cas était orphelin d'un ou des 2 parents (47,4%). Les conditions socioéconomiques étaient modestes ou défavorable (73,7%). Près de la moitié des adolescents était suivi depuis plus de 10 ans (42%). Un surpoids a été retrouvé dans 21% des cas. On notait un échec immunologique dans 10,5% des cas et un échec virologique dans un tiers des cas (31,6%). L'observance était moyenne ou mauvaise chez près de la moitié des adolescents (44,7%). La majorité des adolescents (94,7%) n'avait jamais eu de contact avec un médecin d'adulte.

Conclusion. La transition des soins pédiatriques aux soins pour adulte est un processus au cours duquel l'adolescent est confronté à des difficultés socio familiale et scolaire, à l'inobservance avec échec thérapeutique qui doit être repéré de façon précoce. Le succès de cette étape nécessite également le rapprochement entre pédiatres et médecins d'adultes pour une prise en charge optimale des patients.

Mots clés :

-Adolescence;
-VIH/SIDA;
-Traitement ARV;
-Soins;
-Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Introduction. Adolescents living with HIV have poorer care outcomes than adults, particularly in the transition from paediatric to adult care. The main objective was to clarify the socio-familial, clinical, para-clinical and therapeutic features of adolescents during this pivotal phase of their care.

Methods. This was a retrospective descriptive study that took place from 1 to 31 March 2020 (1 month) on the cohort of children living with HIV followed up at the CHU of Cocody (Abidjan) from November 2005 to March 2020 (15 years).

Results. Thirty-eight adolescents in the transition phase were included. The mean age was 17 years with extremes of 15 and 20 years. The sex ratio was 1.37. The majority of the children were in school (81.57%) with more than half (58%) being behind in their schooling. Nearly half of the cases were orphaned by one or both parents (47.4%). The socio-economic conditions were modest or unfavourable (73.7%). Almost half of the adolescents had been followed for more than 10 years (42%). Overweight was found in 21% of cases. Immunological failure was noted in 10.5% of cases and virological failure in one third of cases (31.6%). Compliance was average or poor in almost half of the adolescents (44.7%). The majority of adolescents (94.7%) had never had contact with an adult physician.

Conclusion. The transition from paediatric to adult care is a process during which the adolescent is confronted with socio-familial and school difficulties, non-compliance with therapeutic failure that must be identified early. The success of this stage also requires a rapprochement between paediatricians and adult doctors for optimal patient management.

KEYWORDS:

-Adolescence;
-HIV/AIDS;
-ARV treatment;
-Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

L'adolescence est une période marquée par de multiples transformations psychiques, physiques et relationnelles. Elle se situe entre 10 et 19 ans^[1]. Cette période correspond au passage de l'état de dépendance qu'est l'enfance, à l'état d'autonomie qui caractérise l'adulte. Elle est marquée par des remaniements majeurs mettant en jeu des processus constructeurs et des mécanismes d'adaptation à l'élaboration de la personnalité et de l'identité^[2].

A ce stade, la maladie chronique (MC) devient une source de contradiction et de conflit entre les besoins de santé qu'elle suscite et la nécessité d'autonomisation de l'individu^[3]. Environ 15% des adolescents vivent avec une maladie chronique, et la plupart d'entre eux auront besoin de poursuivre le suivi médical durant leur vie d'adulte^[4]. Pour ces adolescents ayant une MC se pose la question centrale de l'avenir et pour certains plus que d'autres, celui de la transition du modèle de soins pédiatriques vers le modèle de soins adulte. La transition est un processus organisé et planifié de passage des soins en pédiatrie vers les soins en service pour adultes répondant aux besoins médicaux, psychosociaux et éducatifs des adolescents. C'est un processus

multidimensionnel qui nécessite la prise en compte d'éléments liés au patient et à son environnement (médical, psychologique, relationnel, familial et social) d'une part et d'éléments d'organisation du système de soins d'autre part^[5].

L'arrivée des médicaments antirétroviraux (ARV) a permis de réduire fortement la mortalité liée au VIH faisant d'elle une MC. En 2018, 37.9 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde^[6] et selon l'OMS le VIH est maintenant la deuxième cause de décès chez les adolescents notamment dans les régions africaines^[7]. En Côte d'Ivoire ou l'infection à VIH/SIDA est un problème de santé publique avec une prévalence de 2,6%, la prise en charge multidisciplinaire des adolescents dans les structures pédiatriques fait souvent défaut avec comme conséquence une mauvaise observance, principale raison de l'échec du traitement antirétroviral^[8].

Dans un contexte où les adolescents vivant avec le VIH ont de moins bons résultats que les adultes en matière de soins, en particulier lors de la transition entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes^[9,10], Il est indispensable de maîtriser les spécificités environnementales, somatiques et thérapeutiques au cours cette période. Ce travail a été initié afin de décrire les particularités socio familiale, cliniques, para cliniques et thérapeutiques des adolescents au cours de cette phase charnière de leur prise en charge.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} au 31 mars 2020 soit une durée de 1 mois. Elle a été réalisée dans l'unité de prise en charge des enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA du service de pédiatrie du CHU de Cocody. Au sein de cette unité sont menées plusieurs activités : dépistage, consultations médicales, prescription et délivrance d'ARV, consultation

psychologique, éducation thérapeutique, prise en charge nutritionnelle, psychosociale des enfants et de leurs familles. La population d'étude était représentée par les enfants vivant avec le VIH suivi au sein de l'unité de novembre 2005 à mars 2020 soit 15 ans et ayant un suivi régulier constituant la file active du service.

Les adolescents âgés de 15 ans ou plus venu pour une consultation ou un rendez-vous de

contrôle, un renouvellement d'ordonnance ou une mise sous traitement, une prise en charge nutritionnelle ou psychosociale et dont le dossier patient était toujours dans l'unité ont été inclus dans l'étude. N'ont pas été inclus, les patients transférés en prise en charge adulte et dont le dossier patient était également transféré. L'observance a été évaluée par un entretien, le dénombrement des comprimés rapportés aux rendez-vous de suivi ainsi que la mesure de la charge virale (CV) et le comptage des lymphocytes CD4^[11,12].

La charge virale était « indétectable » en dessous du seuil de détection soit $<1,6$ log ou < 40 copies /mL^[13]. L'échec virologique était la persistance d'une charge virale supérieure à 1000 copies/mL après 6 mois de traitement (échec primaire), ou la réapparition d'une charge virale détectable chez un sujet qui avait auparavant une charge virale indétectable (échec secondaire)^[11].

L'échec immunologique était le retour ou l'apparition des CD4 inférieurs à $100/\text{mm}^3$ après 24 semaines de traitement ARV chez un adolescent adhérant au traitement^[11].

L'échec clinique correspondait à l'apparition ou à la réapparition d'un stade clinique 3 ou 4 après 24 semaines de traitement ARV chez un enfant adhérant au traitement^[11].

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des adolescents était de 17 ans avec des extrêmes de 15 et 20 ans. Le sex ratio était de 1,37. A l'enrôlement l'âge des enfants se situait entre 11 mois et 14 ans avec un âge médian de 7 ans. La majorité des enfants étaient scolarisés (29) soit 81,57% avec un retard scolaire chez 16 enfants soit 58% des enfants scolarisés. Les collégiens étaient les plus représentés (17) soit 44,7%, 2 adolescents (2,1%) étaient en cours primaire, et 10,5% était sans occupation. Les déscolarisations étaient dues à la toxicomanie (1 cas), et à des difficultés financières (1 cas). Les adolescents non scolarisés et sans activités avaient un handicap (10,5%) moteur ou psychomoteur. Près de la moitié des patients était orphelin d'un ou des 2 parents (47,4%). Toutes les mères étaient séropositives au VIH (100% des cas) tandis que les pères étaient séro-ignorants dans 36,8% des cas. Les conditions socioéconomiques étaient modestes ou défavorables (73,7%). Les adolescents habitaient dans la majorité des cas hors de la commune de Cocody (78,9%).

L'état nutritionnel a été apprécié à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) pour l'âge exprimé en Z-score (déviations standard par rapport à la médiane).

Les valeurs obtenues ont été rapportées aux courbes de l'OMS correspondantes en fonction du sexe (nouveaux standards de l'OMS)^[14].

Tout adolescent ayant un Z score IMC/Âge selon le sexe < -2 était considéré comme ayant une maigreur. Un Z score IMC/Âge selon le sexe > 2 correspondait à un surpoids.

Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques, biologiques et thérapeutiques des adolescents ainsi que les données relatives à l'annonce, à l'observance thérapeutique et les raisons du maintien des adolescents en pédiatrie.

La file active des enfants pris en charge dans notre service au 31 mars était de 292 dont 98 adolescents de plus de 15 ans. Nos critères d'inclusion et de non inclusion nous ont permis de sélectionner 38 adolescents admis pour divers motifs au cours de la période d'étude soit 38,8% des adolescents de plus de 15 ans.

Caractéristiques cliniques et biologiques

Tous les adolescents de notre série étaient séropositifs au VIH 1 (100%).

La durée moyenne de suivi était de 8,8 ans avec des extrêmes de 2 et 14 ans et près de la moitié soit 42% des adolescents étaient suivis depuis plus de 10 ans. La répartition des adolescents en fonction de la durée de suivi est représentée au niveau de la figure 1.

À l'initiation du traitement le stade clinique C prédominait chez 44,7% des cas.

La majorité des adolescents avait une corpulence normale (68,4%) et 21 % présentait un surpoids.

Le taux de CD4 était supérieur à $500/\text{mm}^3$ dans la majorité des cas (63,2%) avec une moyenne de 543 lymphocytes CD4/ mm^3 et des taux de CD4 extrêmes de 23 et 1155/ mm^3 . Un déficit immunitaire modéré, avancé ou sévère a été retrouvé respectivement dans 7,9%, 10,5% et 18,4% des cas. On notait un échec immunologique chez 4 adolescents soit 10,5% des cas.

La charge virale était détectable chez plus d'un tiers des adolescents soit 36,8% des cas (14 adolescents) avec une moyenne de 38359 copies (extrêmes de 44,2 copies et 168000 copies). Un échec virologique a été noté chez 12 adolescents soit 31,6% des cas. Les adolescents stables (2 charges virales consécutives inférieures à 1000 copies) représentaient 52,6% des cas. Les caractéristiques cliniques et immunologiques des adolescents ont été regroupées dans le tableau II. La répartition des adolescents selon le type d'échec thérapeutique est représentée au niveau de la figure 2. Les caractéristiques sociodémographiques des adolescents ont été regroupées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des adolescents / Socio-demographic characteristics of adolescents

Caractéristiques	Effectif (n=38)	Pourcentage (%)
Age		
15-19	35	92,1
20-25	3	7,9
Age à l'enrôlement		
< 5	4	10,5
5-10	24	63,1
>10	10	26,3
Sexe		
Masculin	22	57,9
Féminin	16	42,1
Résidence		
Commune de Cocody	8	21,1
Autres communes	30	78,9
Activité		
Elève/Étudiant	29	81,6
Non scolarisé	4	10,5
Déscolarisé	2	5,3
En apprentissage	2	5,3
En activité	1	2,6
Conditions socio-économiques		
Favorables	10	26,3
Modeste	21	55,3
Défavorables	7	18,4
Statut sérologique mère		
Positif	38	100
Statut sérologique père		
Positif	13	34,2
Négatif	11	28,9
Inconnu	14	36,8
Statut vital des parents		
Orphelins (père ou mère)	18	47,4
Vivants	20	52,6

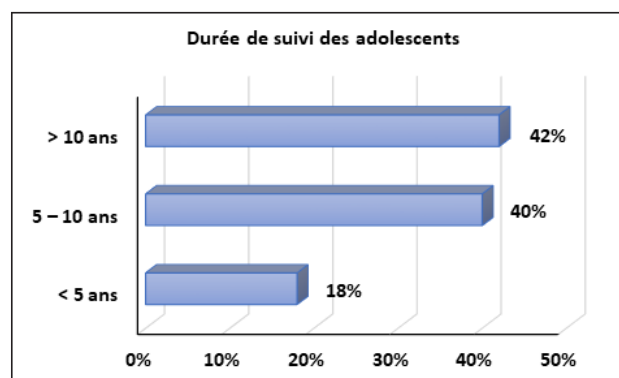


Fig. 1 : Répartition des adolescents en fonction de la durée de suivi / Distribution of adolescents according to length of follow-up

Tableau II : Caractéristiques cliniques et immunologiques des adolescents / Clinical and immunological characteristics of adolescents

Caractéristiques	Effectif (n=38)	Pourcentage (%)
Stade clinique initial		
N/A	10	26,3
B	11	28,9
C	17	44,7
Corpulence		
Surpoids	8	21,1
Normale	26	68,4
Maigre	4	10,5
Taux de CD4		
< 200	7	18,4
200 - 349	4	10,5
350 - 499	3	7,9
> 500	24	63,2
Charge virale		
Détectable	14	36,8
Indétectable	26	68,4
Stabilité		
Stable	20	52,6
Non stable	18	47,4

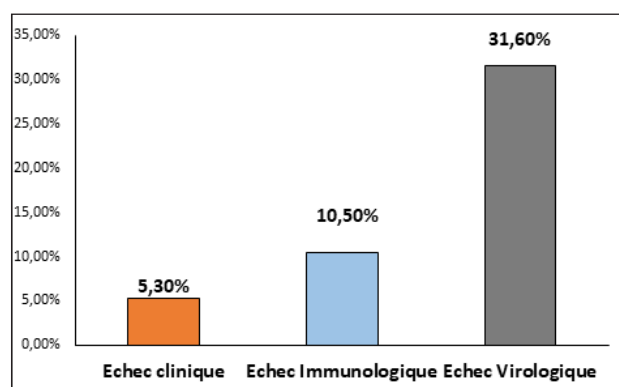


Figure 2 : Répartition des adolescents selon le type d'échec thérapeutique / Distribution of adolescents by type of treatment failure

Caractéristiques des adolescents à l'annonce et observance

L'Age médian à l'annonce était de 14 ans. L'annonce totale a été réalisée chez plus de $\frac{3}{4}$ des adolescents soit 78,9%. Elle a été faite par un parent dans 51,6% des cas et/ ou par un membre de l'équipe de prise en charge pour 48,4% des adolescents. Les réactions à l'annonce étaient positives chez la majorité des adolescents 90,3%.

Dans 9,7% des cas (3 cas) les adolescents ont présenté une tristesse ou des pleurs à l'annonce totale. Le traitement initial a été changé au moins une fois au cours du suivi chez la majorité des adolescents (89,5%) et plus de la moitié des cas était sous TDF+3TC+EFV (52,6%).

L'observance était moyenne ou mauvaise chez près de la moitié des adolescents soit 44,7% des cas.

Les caractéristiques des adolescents concernant l'annonce et l'observance thérapeutique sont mentionnées au tableau III

Tableau III : Caractéristiques des adolescents à l'annonce et observance/
Adolescent characteristics at announcement and compliance

Caractéristiques	Effectif (n=30)	Pourcentage (%)
Annonce totale		
Oui	31	81,6
Non	7	18,4
Age à l'annonce		
≤ 12	4	12,9
13-15	24	77,4
>15	3	9,7
Personne n'ayant fait l'annonce		
Parents	16	51,6
Personnel	15	48,4
Réaction à l'annonce		
Positive	28	90,3
Négative	3	9,7
Schéma thérapeutique		
TDF+3TC+EFV	20	52,6
TDF+3TC+LPV/r	6	15,8
TDF+3TC+DTG	4	10,5
AZT+3TC+DTG	2	5,3
Autres	6	15,8
Observance		
Bonne	21	55,3
Moyenne	3	7,9
Mauvaise	14	36,8

Passage en service adulte / maintien en pédiatrie

L'option d'un suivi conjoint avec le médecin adulte a été proposée à 2 adolescents soit 5,2% des cas. La majorité des adolescents soit 94,7% des cas n'avait jamais eu de contact avec un médecin d'adulte. Les raisons du maintien des adolescents dans la prise en charge pédiatrique étaient dominées par l'inobservance thérapeutique (44,7% des cas) suivi de l'échec virologique dans 31,6% des cas.

Les données concernant les raisons du maintien de ces adolescents dans les soins pédiatriques sont notifiées dans le Tableau IV.

Tableau IV : Raison du maintien des adolescents dans les soins pédiatriques/
Reason for keeping adolescents in paediatric care

Raison du maintien en pédiatrie	Effectif	%
Handicap	4	10,5
Absence d'annonce totale	7	18,4
Echec immunologique	4	10,5
Échec virologique	12	31,6
Inobservance	17	44,7

DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats de ce travail indique que l'âge moyen des adolescents était de 17 ans. Cette moyenne d'âge légèrement supérieur à l'âge limite d'admission dans le service fixée à 15 ans est superposable à celle de Jaquin qui est de 18 ans, âge limite de la pédiatrie en France^[15]. Selon l'auteur sauf de rares exceptions les adolescents vivant avec des MC vont avoir à changer de lieu de référence de soins, passant de la pédiatrie à des services pour adulte. Cette étape est possible dès 16 ans, mais parfois ne se réalise qu'au-delà de 20 ou 22 ans. Le sex ratio était de 1,37. Cette prédominance masculine était rapportée par Eboua et collaborateur en Côte d'Ivoire qui mentionnait un sex ratio de 1,3 dans son travail^[8], et Yi au Cambodge qui notait 55,2% de garçon contre 40,8% de fille dans son étude^[9].

La majorité des enfants étaient scolarisés (29) soit 81,57% mais un retard scolaire était observé chez plus de la moitié d'entre eux soit 58% des adolescents scolarisés (16 adolescents). Premier espace de socialisation, la scolarité est très largement impactée par

la plupart des MC, en raison des absences répétées, des douleurs, de la fatigabilité et de l'impossibilité à participer à toutes les activités^[4]. Dans le cadre du VIH les manifestations de la maladie entraînent une morbidité élevée chez les enfants avant la prise charge en témoigne le stade clinique avancé C des adolescents à l'initiation du traitement (44,7%). Des dispositifs réglementaires destinés à permettre à tous les enfants et adolescents de bénéficier de mesures d'adaptation et de compensation pour pouvoir continuer une scolarité normale au cours des MC doivent être développer et vulgariser (plan d'accueil individualisé, cours à domicile, plan personnalisé à la scolarisation^[15]).

Les adolescents non scolarisés et sans activités, avaient un handicap soit 10,5% des cas, tandis que les adolescents déscolarisés (2) avaient une toxicomanie (1 cas) et des difficultés financière (1 cas). Selon le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire Santé Adolescent(e)s et Jeunes (PNSSU-SAJ), qui coordonne l'ensemble des interventions destinées à garantir une protection sanitaire suffisante aux adolescent(e)s et jeunes en Côte d'Ivoire la déscolarisation, la non scolarisation et le non apprentissage font de l'adolescent « un adolescent à risque » qui doit être orienté vers un centre social ou un centre de guidance infantile pour une prise en charge^[16].

Nos résultats concernant la scolarisation montrent que bien qu'elle soit effective chez la majorité des adolescents, ces derniers ont accusé un retard scolaire (58%).

Près de la moitié des enfants était orphelin d'un ou des 2 parents (47,4%) et 73,7% des cas avaient des conditions socioéconomiques modestes ou défavorable avec un impact certain sur la qualité de leur vie. Il ressort de ces résultats que les adolescents séropositifs sont confrontés à des difficultés sociales qui peuvent entraver la construction de leur identité, leur projet d'avenir et le projet de soins de l'équipe de prise charge notamment le processus de transition.

Il est nécessaire d'évaluer les facteurs de risque psychosociaux au cours de cette étape par l'utilisation du HEEADSSSSS comme modèle d'interview au cours des différentes rencontres avec l'adolescent et principalement au cours des grandes étapes de la transition. Le HEEADSSSSS en anglais (Home and environment, Education and employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/

depression, Safety from injury and violence, Sleep, Spirituality). a été créé par Goldering et al 1988 sous l'acronyme HEADS et enrichi en 2004 puis 2014^[4]. Il explore les thèmes suivants : la famille, l'école, les études ou l'emploi, les conduites alimentaires, l'activité physique et les relations sociales, les médicaments, substance ou autres addictions, la sexualité, les idées suicidaires, la dépression, la sécurité et les conduites à risques, le sommeil et enfin la spiritualité. Certains de ces items ont servi de base à l'élaboration d'un « score de risque » chez l'adolescent qui doit être évalué afin d'apporter une réponse efficace aux différentes problématiques de l'adolescent infecté par le VIH et principalement au cours de la phase de transition^[16].

Des actions médicales, sociales et éducationnelles seront ainsi développées afin de réduire la vulnérabilité de ces adolescents face à la MC ainsi que l'effet de la maladie sur leur vécu.

Données Cliniques et biologiques

La majorité des adolescents soit 68,4% avait une corpulence normale témoin de l'efficacité du traitement antirétroviral, mais environ ¼ d'entre eux (21 %) présentait un surpoids pouvant être en rapport avec d'éventuels effets secondaires du traitement^[17]. Nos résultats sont comparables à ceux de Goupil de Bouillé en France qui rapportait 20 % de personnes en surpoids ou obèses dans son étude^[18]. Dia, quant à lui, rapportait 31% de patients en surpoids et en obésité dans une étude réalisée au Sénégal^[19]. La prise de poids chez les patients vivants avec le VIH (PVVIH) sous traitement antirétroviral (ARV) est une problématique d'actualité^[18], elle doit être surveillée par la prise régulières des mensurations et l'interprétation des courbes de corpulence à chaque contact avec le prestataire de soins. Cette surveillance est primordiale car le corps et l'image de soi sont intimement liés et influence l'estime de soi qui prend une importance particulière à l'adolescence^[4].

Concernant les données biologiques, le taux de CD4 était supérieur à 500/mm³ dans la majorité des cas (63,2%) avec un déficit immunitaire modéré à sévère chez 36,8% des adolescents et un échec immunologique constaté chez 4 adolescents soit 10,5%. Quant à la charge virale, elle était détectable chez 36,8% avec un échec virologique chez un tiers des adolescents (31,6%) Ainsi les taux de déficit immunitaire et de charge virale détectable de notre étude sont en deçà de ceux de Dainguy dans son étude sur les facteurs contribuant à la non observance du traitement antirétroviral chez les adolescents réalisés dans le même service en 2017^[20]. L'auteur rapportait

50,47% de déficit immunitaire et 52,34% de charge virale détectable mais un taux d'échec thérapeutique de 22,43%.

L'échec thérapeutique peut être clinique, immunologique ou virologique. Son diagnostic doit être précoce d'où l'intérêt de la mesure de la charge virale. En pratique l'échec virologique survient plus précocement expliquant le taux d'échec virologique supérieur aux autres types dans notre étude. L'échec immunologique et surtout l'échec clinique, sont des manifestations tardives (5,3% dans notre série). Elles surviennent alors que le traitement est inefficace depuis plusieurs semaines ou mois^[11]. La charge virale reste donc indispensable pour le suivi des patients sous traitement antirétroviral et devrait être disponible et accessible sur tous les sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH^[20].

Caractéristiques de l'annonce et observance

Dans notre étude l'annonce est la révélation du diagnostic de séropositivité au VIH. Il s'agit d'un processus qui peut débiter dès 6-7 ans et être effectif entre 8 et 11 ans. Le choc de l'annonce est moins violent chez les enfants que chez les adolescents ou les adultes. Dans de nombreux cas, l'annonce du VIH à l'adolescence se traduit par des réactions vives, soit immédiatement, soit de façon décalée^[11]. Dans notre étude l'annonce totale a été réalisée chez plus de ¾ des adolescents soit 78,9%. Cependant l'âge médian à l'annonce était de 14 ans. Il doit être revu à la baisse car il est déconseillé d'attendre 12 ans ou plus pour annoncer à l'adolescent qu'il est infecté par le VIH^[11]. On observe souvent une moins bonne observance ou un arrêt thérapeutique volontaire, le temps que le travail psychique d'acceptation se fasse alors que ce processus doit transformer l'adolescent en acteur de sa maladie et améliorer l'observance.

Les adolescents de notre travail avaient une observance moyenne ou mauvaise dans (44,7%). Ce taux est moins élevé que celui de Dainguy qui rapportait un taux d'inobservance de 69,2% au sein des adolescents. Dans son étude les causes de non observance au traitement ARV évoquées par les adolescents au cours des différents entretiens variaient en fonction de la ligne de traitement. Ainsi en première ligne de traitement ils mentionnaient l'oubli (56%), tandis que les patients en deuxième ligne de traitement parlaient de lassitude (37,50%) ou d'effets secondaires (29,17%)^[20]

Selon l'OMS l'observance à un traitement au long cours pour les maladies chroniques dans les pays développés est de 50 % en moyenne. Dans

les pays en développement, ce pourcentage serait même inférieur^[20] et pourtant une observance de plus de 90% est nécessaire à la réussite du traitement dans le cadre du VIH/SIDA^[21] afin d'éviter l'émergence de virus résistants et l'évolution irrémédiable vers le décès.

Passage en service adulte

Un suivi conjoint avec le médecin adulte a été proposée à seulement 2 (5,2%) adolescents. Les adolescents étaient maintenus en pédiatrie pour diverses raisons notamment l'inobservance thérapeutique (44,7%) suivi de l'échec virologique dans 31,6% des cas.

Le manque d'observance aura pour conséquence l'échec virologique conduisant le prestataire maintenir l'adolescent dans la cohorte pédiatrique. De nombreux auteurs soulignent pourtant la nécessité de passer à la prise en charge adulte même dans ces conditions défavorables. En effet selon Xia, les personnes atteintes d'une infection périnatale par le VIH à New York qui sont passées des soins pédiatriques aux soins pour adultes ont constaté une amélioration du nombre de cellules CD4 et une suppression virale après la transition^[22]. Ainsi le passage à la prise en charge adulte s'impose pour améliorer la réponse au traitement du VIH à l'adolescence. Il s'agit d'un défi que doit relever les prestataires de soins pour une prise en charge de l'infection à VIH pédiatrique réussie. En effet on considère que le passage en service pour adulte est franchi avec succès quand le jeune adulte est « accroché » dans le nouveau service et qu'un suivi régulier y a commencé. Au contraire, le passage est un échec quand le patient a quitté la pédiatrie et n'est jamais arrivé en service adulte (rupture primaire), ou qu'il a abandonné ce nouveau suivi après quelques rendez-vous (rupture secondaire). Ces ruptures dans la continuité des soins sont une perte de chance pour l'adolescent qui se retrouve ainsi exposé à des complications plus fréquentes, plus graves et plus tardivement traitées^[22]. Il faut souligner que la transition n'est pas le temps bref de changement de service de référence appelé transfert mais une période de plusieurs années, allant de la préparation en pédiatrie jusqu'à un arrimage satisfaisant en service adulte.

CONCLUSION

La transition des soins pédiatrique aux soins pour adulte est un processus multidimensionnel au cours duquel l'adolescent est confronté à des difficultés socio familiale et scolaire, à l'inobservance thérapeutique avec échec thérapeutique qui

doit être repéré par une anamnèse basée sur le HEEADSSSSS. Le succès de cette étape nécessite également le rapprochement entre pédiatres et médecins adultes pour une prise en charge optimal des adolescents en transition.

REFERENCES

- 1- **OMS.** Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires et outil pour évaluer le volet « santé et développement de l'adolescent » dans la formation initiale des prestataires de soins de santé. 2015. Disponible sur : www.who.org, consulté le 04/02/2020
- 2- **Timité-Konan A. M., Akaffou A.E., Adonis-Koffy L., Yapo M.G., Welffens Ekra Ch.** Morbidité hospitalière de l'adolescent à Abidjan, Med Afr Noire 2003 ;50(4) :163-8.
- 3- **Lemerle-Gruson S, Méro S.** Adolescence, maladies chroniques, observance et refus de soins. Laennec 2010/3 (Tome 58), pages 21 à 27
- 4- **Gérardin P, Boudailliez B, Duverger P.** Médecine et Santé de l'Adolescent. Elsevier Masson. 2019. p 221-226.
- 5- **Rosen DS, Blum RW, Brito M, Sawyer MS, Siegel DM.** Society for adolescent Medicine. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. The journal of adolescent health, 2003, 33(4), 309-311.
- 6- **ONUSIDA.** Fiche d'information-journée mondiale du SIDA 2019. Disponible sur www.unaids.org. Consulté le 21/04/2020
- 7- **OMS.** La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie. 2014 disponible sur www.who.int consulté le 4/02/2020.
- 8- **Eboua TKF, Kouadio C, Aké-Assi MH, Amousou-bouah B, Kouadio B, Adonis-Koffi L, Timité-Konan.** Transfert des adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH à la prise en charge adulte : expérience du centre de traitement ambulatoire pédiatrique Timité-Konan du centre hospitalier universitaire de Yopougon à propos de 38 cas. Afrique Biomédicale 2017 volume 22 (1) 57-65p.
- 9- **Yi S, Tuot S, Pal K, Khol V, Sok S, Chhoun P, Ferguson L, Mburu G.** Characteristics of adolescents living with HIV receiving care and treatment services in antiretroviral therapy clinics in Cambodia: descriptive findings from a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2018 Oct 16; 18(1):781
- 10- **Foster C , Fidler S.** Optimizing HIV transition services for young adults. . Curr Opin Infect Dis. 2018 Feb; 31(1):33-3
- 11 - **Grandir.** Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant et l'adolescent. 2^{ème} édition. Disponible sur www.grandir.sidaction.org. Consulté le 03/02/2020
- 12- **Jacquin P, Levine M.** Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir. Archives de pédiatrie 15 (2008) 89-94.
- 13- **Ugochukwu EF.** Clinical spectrum of paediatric HIV in Nnewi, Nigeria. West Afr J Med 2006 ; 1 :10-4.
- 14- **OMS.** Les normes de croissance de l'enfant. Disponible sur [http:// www.who.int/childgrowth/standards/fr/](http://www.who.int/childgrowth/standards/fr/). Consulté le 12/06/2015
- 15- **Jacquin P.** La transition des soins, de la pédiatrie aux services d'adultes. In Médecine et Santé de l'Adolescent. Elsevier Masson. 2019. p 221-226.
- 16- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescents et Jeunes.** Guide national de prise en charge des adolescent(e)s et jeunes. 52p.
- 17- **Programme national de lutte contre le SIDA.** Guide de prise en charge de l'infection à VIH de l'enfant et de l'adolescent. Edition 2021
- 18- **Goupil de Bouillé J, Ghislain M, Teglas J, Boufassa F, Vigouroux C, Goujard C, et al.** Facteurs de risques associés à la prise de poids sous traitement antirétroviral chez des patients vivant avec le VIH : étude de marqueurs socio-cliniques, inflammatoires et métaboliques. [Médecine et Maladies Infectieuses](http://www.medicinesciences.fr). Volume 50, Issue 6, Supplement, September 2020, Page S24
- 19- **Dia AD, Dia D G, Doupa D, Dieye A, Dieng A, Lo S, Dia -Badiane NM.** Troubles du métabolisme glucido-lipidique et syndrome métabolique au cours de l'infection à VIH : Etude préliminaire au centre hospitalier de Saint-Louis du Sénégal. Revue Africaine de Médecine Interne 2021 ; 8 (1-2) : 25-31

- 20- Dainguy ME Kouadio EA, C Kouakou, M Tematio-Ble, MB Kokora, A Djivohehoun, A Gro Bi, I Djoman-Oussou, GA Angan, A M Folquet-Amorissani.** Facteurs contribuant à la non observance au traitement antiretroviral chez les adolescents à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire
- 21 - 3 - Spire B, Moatti JP.** L'observance, une donnée dynamique, ANRS information-Le Journal du Sida et de la Démocratie Sanitaire-Transcriptase. 2000, 37-38.
- 22-Xia Q, Abraham B, Shah D, Ramaswamy C, Braunstein SL, Torian LV.** Transition from paediatric to adult care among persons with perinatal HIV infection in New York City, 2006-2015. AIDS. 2018 Aug 24; 32(13):1821-1828.
- 23- Pacaud D, Yale JF.** Exploring a black hole: transition from paediatric to adult care services for youth with diabetes. *pediatr child health*, 2005, 10 (1), 31-34.

Contributions des auteurs et co-auteurs

- Kouadio Evelyne Adjokoua : Revue de la littérature, Rédacteur
- Dainguy Marie Evelyne : Revue de la littérature, Rédacteur
- Gro bi André Marius : Analyse des données
- Angan Goli Armand : Collecte des données,
- Kouakou Kouamé Cyprien : co-Rédacteur

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.