

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de médecine et d'odontostomatologie



U.S.T.T-B



Année Universitaire 2022/2023

N°...../

TITRE

**PROCESSUS D'ACCEPTABILITE DU TRANSFERT
DES ADOLESCENTS DE LA PRISE EN CHARGE
PEDIATRIQUE A LA PRISE EN CHARGE ADULTE
AU CENTRE D'EXCELLENCE PEDIATRIQUE DU
CHU GABRIEL TOURE**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le 29/03/2024 devant le jury de la faculté de
médecine et d'odontostomatologie

Par : Docteur Ismail DJIRE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée en pédiatrie

Jury

Président : M. Boubacar TOGO, *Professeur Titulaire*

Membres : M. Abdoul Aziz Diakité, *Professeur Titulaire*

Directeur : M. Belco MAIGA, *Maitre de Conférences Agrégé*

Co-directeur : M. Yacouba Aba COULIBALY, *Maitre de Recherche*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A l'Éternel Dieu, le Tout Puissant et Miséricordieux : C'est par votre grâce que nous sommes parvenus au terme de ces quatre années d'études. Merci pour votre amour immense ; nous nous remettons à vous pour la suite. Amen !

A mes Parents : Ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'études que vous avez accompagnées sur tous les plans. Merci pour les encouragements et le soutien que vous m'avez apporté. Puisse Dieu vous maintenir encore longtemps à nos côtés, afin que vous jouissiez pleinement des fruits de vos efforts.

A mes Frères et Sœurs : Merci de m'avoir toujours soutenu. Puisse Dieu nous garder toujours en harmonie.

A ma femme et mes enfants : Merci pour votre patience, ce travail est le vôtre.

A toute ma Famille : merci pour vos prières et bénédictions.

A tous mes Amis, je vous dis « MERCI ».

A tous mes Maîtres et Enseignants :

-**Professeur Belco Maiga** d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre rigueur professionnelle et surtout pour la qualité de votre enseignement.

-**Dr COULIBALY Yacouba Aba,** pour votre aide dans le choix du sujet de ce travail que nous trouvons si judicieux. Merci pour votre patience, votre bienveillance, votre disponibilité et pour tous vos précieux conseils.

-**L'ensemble des Pédiatres du CHU Gabriel Touré de Bamako** pour votre aide et pour votre encouragement tout au long de notre formation.

-**Tout le personnel du département de Pédiatrie,** pour leurs soutiens.

- **Tout le personnel du Centre d'Excellence Pédiatrique**

A mes camarades pour leur soutien, leur amitié et leur aide tout au long de ce travail.

A tous les D.E.S de pédiatrie et en particulier ceux de la Promotion 2020-2023, merci pour les bons moments passés ensemble, et toutes les personnes de près ou de loin qui ont contribué à la réalisation de cet ouvrage. MERCI.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PERSIDENT DU JURY

Professeur Boubacar TOGO

- **Professeur titulaire en pédiatrie à la FMOS**
- **Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré,**
- **Pédiatre oncologue,**
- **Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique,**
- **Trésorier de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED),**
- **Membre titulaire de l'académie des sciences du Mali,**
- **Président de comité de recherche Ouest africain de la société international d'oncologie pédiatrique (SIOP),**
- **Membre de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF),**
- **Membre de l'Union Internationale de Lutte Contre le Cancer.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Professeur Belco MAIGA

- **Maître de conférences agrégé de pédiatrie,**
- **Chef de service des Urgences Pédiatrique du CHU Gabriel Touré,**

Cher Maître,

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté aimablement de diriger ce travail. Votre compétence et votre sens du devoir nous ont profondément imprégnés. Que ce travail soit l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des pathologies infectieuses tropicales ;**
- **Chef de service de pédiatrie générale ;**
- **Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU-GT ;**
- **Membre de l'association malienne de pédiatrie ;**
- **Membre de l'association malienne des pédiatres d'Afrique Noire Francophone ;**
- **Président de la commission médicale d'établissement ;**
- **Président du groupe technique consultatif sur les vaccins et vaccination.**

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en acceptant de juger ce travail. Vos conseils et vos critiques ont contribué énormément à la qualité de ce travail. Vous avez tout mis en œuvre pour la réussite de ce travail et cela témoigne de votre générosité et de votre amour pour le travail bien fait.

C'est le lieu pour nous de vous témoigner notre gratitude et notre respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Yacouba Aba COULIBALY

- Pédiatre au service de néonatalogie du CHU GT ;
- Responsable de la prise en charge des enfants infectés et exposés par le VIH au CEP du CHU GT ;
- Spécialiste en santé publique/option épidémiologie,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Notre séjour dans le service nous a permis d'apprécier votre gentillesse et votre simplicité. Veuillez recevoir ici le témoignage de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CEP : Centre d'excellence Pédiatrique

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire-Gabriel Touré

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HPV : Papillomavirus Humain

IC : Intervalle de Confiance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies contre le SIDA

PEC : Prise En Charge

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RR : Risque Relatif

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

TME : Transmission Mère Enfant

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition selon le sexe	6
Figure 2 : Répartition des patients selon le statut orphelin	6
Figure 3 : Répartition des patients selon la dernière charge virale	8
Figure 4 : Répartition selon l'avis au transfert	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon l'âge à l'inclusion	7
Tableau II : Répartition selon l'âge au moment du transfert.....	7
Tableau III : Répartition selon la durée de suivi	7
Tableau IV : Répartition selon la capacité d'expliquer sa maladie aux autres.....	8
Tableau V : Répartition des patients selon la connaissance sur les noms du médicament	9
Tableau VI : Répartition des patients selon la connaissance le rôle des médicaments	9
Tableau VII : Répartition des patients selon la possibilité de préparer et de prendre les médicaments.....	9
Tableau VIII : Répartition des patients selon la prise de rendez vous	10
Tableau IX : Répartition des patients selon la possibilité de se rendre seul aux consultations médicales	10
Tableau X : Répartition selon la possibilité de chercher de l'aide si leur maladie pose problème	11
Tableau XI : Répartition selon l'expression de leur point de vue lors des entretiens avec les soignants.....	11
Tableau XII : Répartition selon la connaissance des conséquences de la maladie sur la santé	12
Tableau XIII : Répartition selon le droit à l'information sur ma santé	12
Tableau XIV : Répartition selon la prise en charge de sa santé	12
Tableau XV : Répartition selon la participation aux activités désirées.....	13
Tableau XVI : Répartition selon le soutien de la famille	13
Tableau XVII : Répartition selon l'impression au transfert	14
Tableau : XVIII : Facteurs de réticence au transfert	15
Tableau XIX : Facteurs de la suppression virologique	16

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	OBJECTIFS	3
	2.1 Objectif général :	3
	2.2 Objectifs spécifiques :	3
3.	METHODOLOGIE.....	4
	3.1. Cadre d'étude et lieu d'étude.....	4
	3.2. Type et période d'étude	4
	3.3. Population d'étude.....	4
	3.4. Taille de l'échantillon.....	4
	3.5. Critères d'inclusion.....	4
	3.6. Critères d'exclusion.....	4
	3.7. Déroulement de l'étude	4
	3.8. Variables d'étude.....	4
	3.9. Saisie et analyse des données	5
	3.10. Aspects éthiques	5
4.	RESULTATS	6
	1. Aspects sociodémographiques.....	6
	2. Connaissances des adolescents dans la PEC	8
	3. Analyse bivariée	15
5.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	17
	5.1. Aspects épidémiologiques	17
	5.2. Données sociodémographiques	17
	5.3. Connaissances et pratiques des adolescents sur leur prise en charge	18
	5.4. Les facteurs de réticence.....	20
	5.5. Les facteurs associés à la suppression de la charge virale.....	20
	5.6. Déterminants associés à la suppression de la charge virale.....	20
6.	CONCLUSION	21
7.	RECOMMANDATIONS.....	22
8.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	23
9.	ANNEXES	26

1. INTRODUCTION

Après plus de vingt ans de diffusion du VIH dans le monde, la pandémie de VIH/SIDA n'est pas à son apogée loin de là et les estimations d'un doublement du nombre de contaminations dans les cinq à dix années à venir placent d'emblée cette épidémie comme une des plus graves maladies infectieuses et l'un des plus difficiles défis du XXI^e siècle. Les pays en voie de développement les plus touchés sont les plus pauvres et le SIDA va induire une régression de l'espérance de vie majeure, inhibant tous les efforts portés ces trente dernières années. L'accès aux traitements constitue un enjeu majeur que les pays riches ne peuvent sous-estimer.[1]

Le VIH reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, qui a entraîné jusqu'ici 40,4 millions [32,9 à 51,3 millions], et connaît une transmission continue dans tous les pays du monde ; dont certains signalent une tendance à la hausse des nouvelles infections alors qu'elles étaient auparavant en baisse. [2]

On estimait à 38,4 millions [33,9 à 43,8 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2021, dont plus des deux tiers (25,6 millions) dans la Région africaine de l'OMS.

En 2022, 630 000 personnes [entre 480 000 et 880 000] sont mortes de maladies liées au sida et 29,8 millions de personnes avaient accès à une thérapie antirétrovirale en 2022.[3]

Chaque jour, 4 000 personnes, dont 1 100 jeunes âgés de 15 à 24 ans, sont infectées par le VIH. Si les tendances actuelles se poursuivent, 1,2 million de personnes seront nouvellement infectées en 2025, soit trois fois plus que l'objectif de 370 000 nouvelles infections fixé pour 2025 par l'ONUSIDA. Selon les auteurs du rapport, ces données pointent une lenteur dans les progrès accomplis en matière de prévention de l'infection.[4]

Le concept de transition est un phénomène multidimensionnel complexe et la manière de le définir dépend des disciplines très variées dans lequel il est utilisé.

De manière spécifique, le domaine de la santé apporte une définition plus précise de la transition. Il s'agit d'un « mouvement intentionnel et planifié d'adolescents, atteints d'une maladie chronique, entre les soins axés sur les enfants et les soins orientés vers les adultes » [5]

On appelle transfert, le point exact dans le temps où la responsabilité des soins du jeune est transférée des médecins pédiatres aux médecins en charge des adultes. Le transfert intervient au cours du processus de transition

Il est donc recommandé de préparer les jeunes patients à la transition et leur permettre d'accéder à des soins appropriés en fonction de leur état de santé et de leur niveau de développement. [6]

Cette période de transition représente un véritable défi pour les jeunes patients, leurs parents et les acteurs du soin. Elle n'est pas dénuée de risques pour les patients en cas de dysfonctionnement : évolution clinique défavorable, fragmentation et rupture de soins, augmentation des visites aux urgences et des hospitalisations, faible satisfaction et détresse psychologique des jeunes et de leur famille. [7] Le changement d'équipe dans la prise en charge de la maladie peut également induire des conduites à risque avec un impact sur la morbidité et la mortalité.[8]

Cependant, à l'échelle mondiale, la mortalité associée au VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans demeure élevée. [9] De plus, l'observance thérapeutique est sous-optimale et la perte de suivi chez les 15 à 24 ans est deux fois plus élevée que chez les adolescents plus jeunes (10 à 14 ans) ou les adultes (25 ans et plus).[10] La transition des soins pédiatriques ou des soins du VIH pour adolescents aux services pour adultes est en train de devenir une étape cruciale pour maintenir de bons résultats chez les adolescents et les jeunes adultes.

Au Mali la transition en matière de soins n'a pas fait d'objet d'étude en pédiatrie et les défis liés à ce transfert sont entre autres les motivations pour cette étude.

Au centre d'excellence du CHU GT de Bamako ; la prise en charge est surtout médicale de la naissance jusqu'à l'adolescence puis un transfert à la prise en charge adulte doit se faire. La plupart des adolescents sont réticents à ce transfert pour diverses raisons.

Les adolescents sont plus familiarisés dans leur PEC au centre d'excellence et arrivent en cette phase de transfert dans la plus plupart des cas avec une bonne charge virale témoin d'un bon suivi.

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Evaluer l'acceptabilité du transfert des adolescents sous traitement ARV au centre d'excellence pédiatrique vers la prise en charge adulte.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des adolescents en phase de transition vers la PEC adulte
- Déterminer la suppression virologique des adolescents en phase de transition vers la PEC adultes
- Identifier les facteurs de réticence au transfert vers la PEC adulte

3. METHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude et lieu d'étude

Centre d'Excellence Pédiatrique du CHU – GT

Depuis 2001, le service de pédiatrie du CHU Gabriel-Touré a été retenu comme site de référence pour la prise en charge des enfants vivants avec le VIH et pour la PTME.

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale ayant concerné les adolescents séropositifs au VIH sous traitement ARV en période de transfert vers la PEC adulte.

3.3. Population d'étude

Tous les adolescents séropositifs au VIH sous traitement ARV et suivis au centre d'excellence pédiatrique du CHU-GT.

3.4. Taille de l'échantillon

L'échantillonnage a été exhaustif, et a concerné tous les adolescents d'au moins 18 ans séropositifs au VIH suivis au centre d'excellence pédiatrique du CHU-GT.

3.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les adolescents d'au moins 18 ans séropositifs au VIH suivis au CEP du CHU GT ayant été initié au processus de transition et consentant pour l'étude.

3.6 Critères de non inclusion

Les adolescents non réguliers et le refus d'inclusion

3.7. Déroulement de l'étude

Nous avons colligé les adolescents d'âge supérieur ou égal à 18 ans à travers une fiche d'enquête (Good2Go) que les adolescents ont renseigné et les informations manquantes ont été cherché dans la base des données et les dossiers médicaux.

3.8. Variables d'étude

Principalement nous avons utilisé deux types de variables

- **Variables Qualitatives :** sexe, statut orphelin, indétectabilité, Acceptabilité du transfert
- **Variables Quantitatives :** âge, dernière charge virale, durée de suivi

Les informations collectées étaient

- Les paramètres sociodémographiques : âge, sexe, statut social

3.9. Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été analysées avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0, la saisie a été faite avec Word 2016 et les graphiques avec Excel 2016

3.10. Aspects éthiques

Pour les considérations éthiques toutes les informations ont été recueillies avec le consentement verbal des intéressés et dans l'anonymat.

4. RESULTATS

Nous avons colligé 73 adolescents de 18 à 24 ans en phase de transition vers la PEC adulte et qui avaient une dernière charge virale d'au moins 6 mois indétectable

1. Aspects sociodémographiques

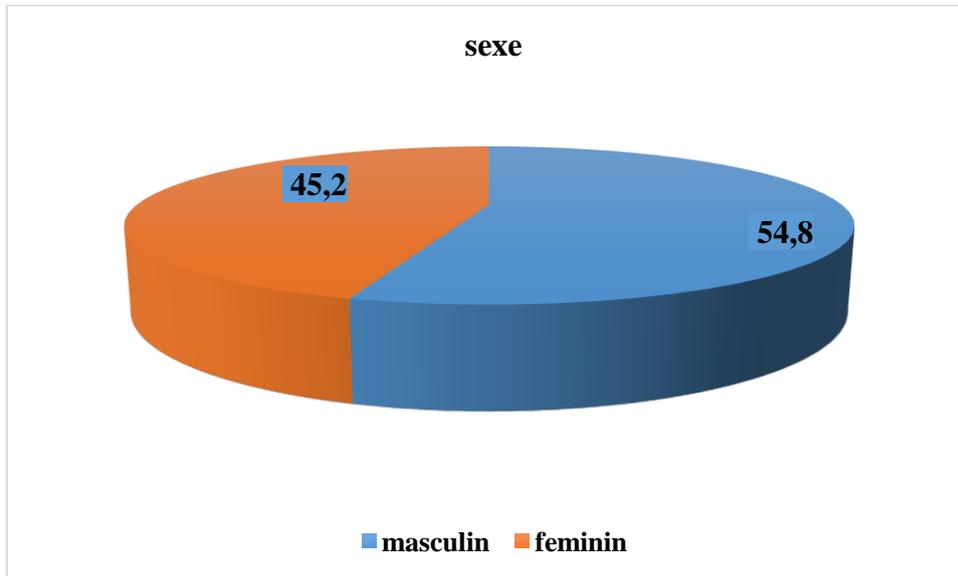


Figure 1 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant (54,8%) avec un sex ratio de 1,21.

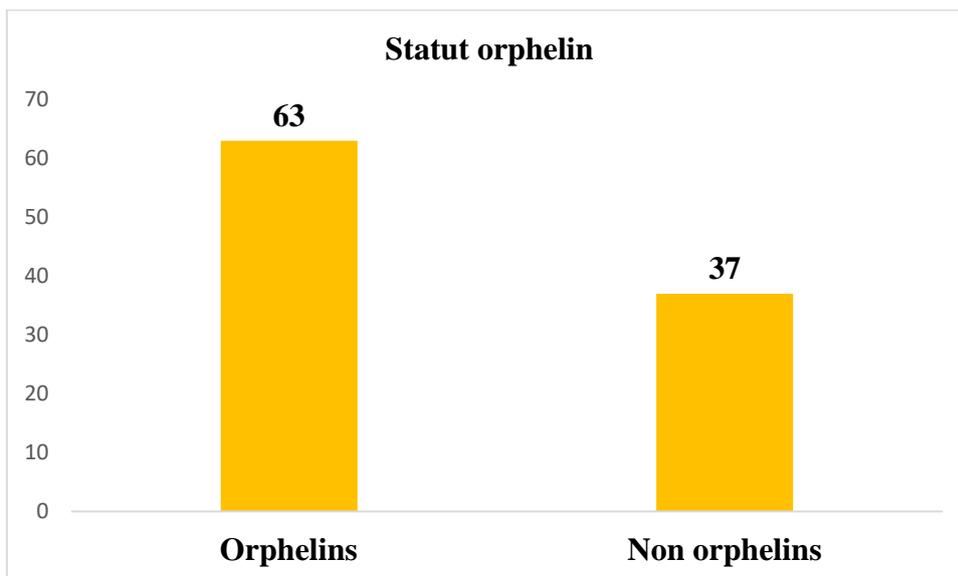


Figure 2 : Répartition des patients selon le statut orphelin

Les adolescents étaient orphelins d'au moins un parent dans 63%

Tableau I : Répartition selon l'âge à l'inclusion

Age à l'inclusion	n	%
< 5 ans	37	50,7
≥ 5 ans	36	49,3
Total	73	100,0

A l'inclusion les moins de 5ans et ceux de plus de 5ans et plus étaient dans presque les mêmes proportions.

Tableau II : Répartition selon l'âge au moment du transfert

Age	n	%
18-20 ans	54	74,0
>20ans	19	26,0
Total	73	100,0

La majorité des adolescents était entre 18 et 20 ans au moment de la transition (74%), l'âge médian était de **20ans** avec des extrêmes de 18 ans et 24 ans

Tableau III : Répartition selon la durée de suivi

Durée de suivi	n	%
≤ 10 ans	6	8,2
> 10 ans	67	91,8
Total	73	100,0

La majorité des adolescents avait plus de 10 ans de suivi sous traitement ARV (91,8 %)

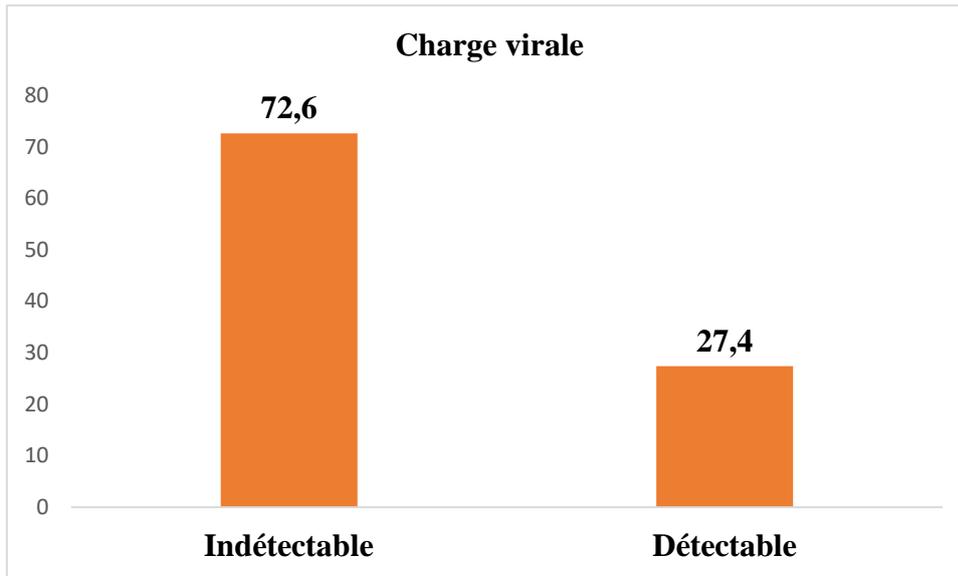


Figure 3 : Répartition des patients selon la dernière charge virale

La majorité des adolescents avait leur dernière charge virale indétectable dans **72,6%**

2. Connaissances des adolescents dans la PEC

Questionnaire Goo2Go

Tableau IV : Répartition selon la capacité d'expliquer sa maladie aux autres

Expliquer aux autres ma maladie	n	%
Non pas du tout	2	2,7
Plutôt non	1	1,4
Plutôt oui	15	20,5
Oui, tout à fait	55	75,3
Total	73	100,0

La majorité des adolescents savait expliquer leur maladie (**75,3%**)

Tableau V : Répartition des patients selon la connaissance des noms du médicament

Connaissance du nom des médicaments	N	%
Non pas du tout	5	6,8
Plutôt non	14	19,2
Plutôt oui	21	28,8
Oui, tout à fait	33	45,2
Total	73	100,0

Un peu moins de la moitié des adolescents connaissait les noms des médicaments qu'ils prenaient (45,2%)

Tableau VI : Répartition des patients selon la connaissance du rôle des médicaments

Savoir à quoi servent les médicaments	N	%
Non pas du tout	3	4,1
Plutôt non	8	11,0
Plutôt oui	17	23,3
Oui, tout à fait	45	61,6
Total	73	100,0

Les adolescents étaient nombreux à connaître le rôle des médicaments qu'ils prenaient (61,6%)

Tableau VII : Répartition des patients selon la possibilité de préparer et de prendre les médicaments

Préparer et prendre mes médicaments moi-même	N	%
Non pas du tout	1	1,4
Plutôt non	2	2,7
Plutôt oui	13	17,8
Oui, tout à fait	57	78,1
Total	73	100,0

Les adolescents savaient tout à fait préparer et prendre les médicaments eux même (78,1%)

Tableau VIII : Répartition des patients selon la prise de rendez vous

Savoir prendre un rendez vous	N	%
Non pas du tout	5	6,8
Plutôt non	5	6,8
Plutôt oui	14	19,2
Oui, tout à fait	47	64,4
Ne s'applique pas à mon cas	2	2,7
Total	73	100,0

Plus de moitié des adolescents savait tout à fait prendre un rendez-vous au besoin (64,4 %)

Tableau IX : Répartition des patients selon la possibilité de se rendre seul aux consultations médicales

Rendre seul aux consultations médicales	N	%
Non pas du tout	1	1,4
Plutôt non	1	1,4
Plutôt oui	10	13,7
Oui, tout à fait	61	83,6
Total	73	100,0

La quasi-totalité des adolescents savait tout à fait se rendre seule aux consultations médicales (83,6%)

Tableau X : Répartition selon la possibilité de chercher de l'aide si leur maladie pose problème

Chercher de l'aide en cas de problème causé par ma maladie	N	%
Non pas du tout	5	6,8
Plutôt non	5	6,8
Plutôt oui	8	11,0
Oui, tout à fait	55	75,3
Total	73	100,0

Les adolescents dans **75,3%** savaient trouver de l'aide si leur maladie pose problème

Tableau XI : Répartition selon l'expression de leur point de vue lors des entretiens avec les soignants

Expression du point de vue lors des entretiens avec les soignants	N	%
Non pas du tout	6	8,2
Plutôt non	5	6,8
Plutôt oui	22	30,1
Oui, tout à fait	40	54,8
Total	73	100,0

Plus de la moitié des adolescents exprimait leur point de vue pendant les entretiens avec les soignants soit **54,8%**.

Tableau XII : Répartition selon la connaissance des conséquences de la maladie sur la santé

Conséquences de la maladie sur la santé	N	%
Non pas du tout	2	2,7
Plutôt non	3	4,1
Plutôt oui	26	35,6
Oui, tout à fait	41	56,2
Ne s'applique pas à mon cas	1	1,4
Total	73	100,0

Plus de la moitié des adolescents connaissent les conséquences de la maladie sur leur santé (56,2%).

Tableau XIII : Répartition selon le droit à l'information sur ma santé

Droit aux informations sur ma santé	n	%
Non pas du tout	2	2,7
Plutôt non	4	5,5
Plutôt oui	10	13,7
Oui, tout à fait	57	78,1
Total	73	100,0

Plus de $\frac{3}{4}$ des adolescents pensent qu'ils ont droit aux informations sur leur santé

Tableau XIV : Répartition selon la prise en charge de sa santé

Prendre soin de ma santé	N	%
Non	4	5,5
Oui	69	84,4
Total	73	100,0

Ils sont nombreux les adolescents qui affirmaient prendre soins de leur santé (85%)

Tableau XV : Répartition selon la participation aux activités désirées

Participation aux activités désirées	n	%
Non	18	24,7
Oui	55	75,3
Total	73	100,0

Dans **75,3%**, les adolescents ont déclaré participer pleinement aux activités de leur choix

Tableau XVI : Répartition selon le soutien de la famille

Soutien de la famille	N	%
Oui	67	91,8
Non	6	8,2
Total	73	100,0

La majorité des adolescents avait déclaré recevoir un soutien familial (91,8%)

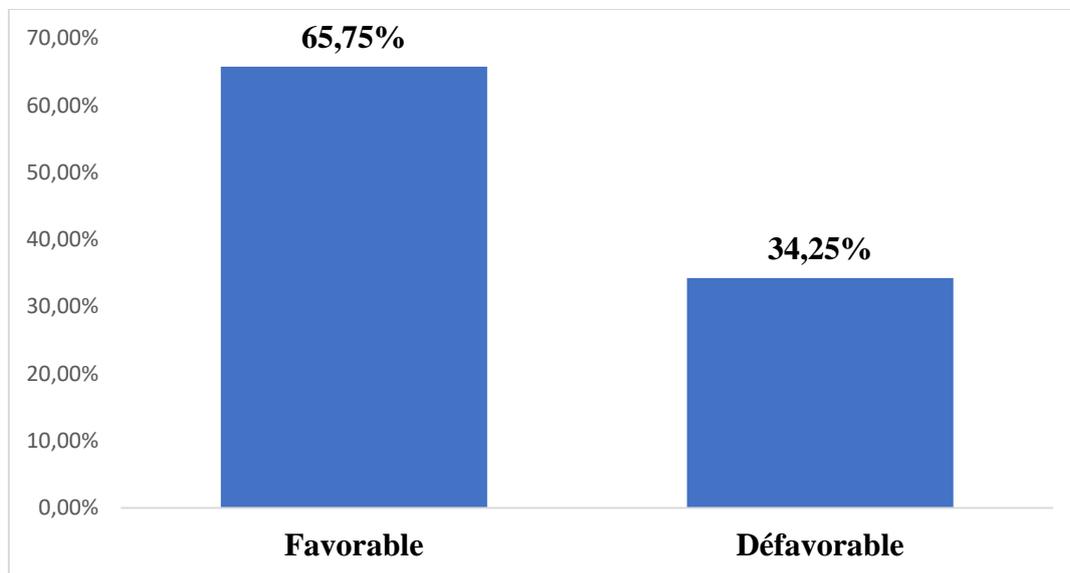


Figure 4 : Répartition selon l'avis au transfert

Dans 65,75 % les adolescents étaient favorables au transfert.

Tableau XVII : Répartition selon l'impression au transfert

Impression au transfert	n	%
Inquiet	32	43,8
Pas Inquiet	33	45,2
Peu inquiet	6	8,2
Pas tranquille	2	2,7
Total	73	100,0

Les adolescents étaient inquiets pour le transfert à la PEC adulte (43,8%)

3. Analyse bivariée

Tableau : XVIII : Facteurs de réticence au transfert

Variables	Avis du transfert		KHI2	RR	P	IC (95%)
	Favorable	Défavorable				
<u>Statut orphelin</u>			0,802	1,57	0,37	0,583-4,237
OUI	32	14				
NON	16	11				
<u>Charge virale</u>			1,046	0,5	0,306	0,17-1,74
Indétectable	33	20				
Détectable	15	5				
<u>Age(an)</u>			0,077	1,16	0,782	0,392-3,47
18-20	36	18				
>20	12	7				
<u>Durée de suivi(an)</u>			0,002	1	0,961	0,17-6,14
≤ 10 ans	4	2				
> 10 ans	44	23				

Nous n'avons pas trouver de corrélation significative entre l'avis au transfert et les variables suivants :statut orphelin, charge virale, âge au moment du transfert et la durée de suivi.

Tableau XIX : Facteurs de la suppression virologique

Variables		Charge virale		RR	IC à 95%	P	Khi2
		Indéetectable	Déetectable				
Statut orphelin	Oui	29	17	0,2	0,56-0,8	0,017	5,714
	Non	24	3				
Soutien de la famille	Oui	50	17	2,9	0,5-15	0,19	1,679
	Non	3	3				
Age à l'inclusion	< 5 ans	26	11	0,78	0,28-2,2	0,6	0,2
	≥ 5 ans	27	9				
Durée de suivi	≤ 10 ans	6	0	1,4	1,2-1,6	0,11	2,46
	> 10 ans	47	20				

Les adolescents orphelins d'au moins un parent avaient 5 fois moins de risque d'avoir une charge virale indéetectable comparés à ceux non orphelins et cela de façon significative (**p : 0,017**).

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Limite de l'étude

Au cours de cette étude nous avons constatés l'absence de certaines informations sur certaines fiches d'enquête rendant les données inexploitable.

5.1. Aspects épidémiologiques

Au cours de notre étude, le transfert a concerné **73** adolescents sur un total de **542** enfants suivis soit une fréquence de **13,46 %**.

5.2. Données sociodémographiques

➤ Sexe

Dans notre étude, le sexe masculin était prédominant avec 54,8 % soit un sex ratio de 1,21.

Ce résultat est proche de celui de S. Ashaba et coll [11] de Kouadio et coll [12] et de V. Vargas et coll [13] qui avaient trouvé respectivement 53% ,57,89 % et 60%, mais différent de celui retrouvé par Abaka P et coll [14] dont **50%** dans les deux sexes.

➤ L'âge

La tranche d'âge 18-20ans était la plus représenté avec un âge moyen de 20ans.

Notre résultat est proche de ceux de A. Wastiaux et coll [15] de Kouadio et coll [12] de Scovia N. M et coll [16] de Miyu Niwa M.S et coll [17] **et de** S. Ashaba et coll [11] qui avaient retrouvé respectivement un âge moyen de 18ans de 17ans de 17,48ans de 19ans et de 20ans. Notre résultat est largement inférieur à celui de Abaka P et coll [14] qui avait retrouvé un âge moyen de 15,6 ans avec des extrême de 13 et 18 ans.

Cette différence s'explique par l'âge du début de la transition à 13ans contre 18ans dans notre étude.

Ces âges correspondent à l'acquisition d'une certaine responsabilité et de maturité chez le jeune adulte pour un bon suivi et surtout de prise de décision dans la suite son traitement.

➤ Charge virale

La dernière charge virale était indétectable dans 72,8% des cas. Ce résultat était nettement supérieur à celui de Brian C.Zanoni et coll [18] et qui avait trouvé 37%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le taux de détectabilité dans cette étude était de 200 copies contre 1000 copies dans notre étude.

Notre taux était largement supérieur à celui de Traoré F et coll [19] qui avaient retrouvé une charge virale indétectable chez 51% d'adolescents d'au moins 10ans.Cela pourrait s'expliquer par l'âge avancé des adolescents (au moins 18 ans) dans notre étude qui est témoin d'une certaine responsabilité et de compréhension dans la prise de leur maladie.

➤ **Durée de suivie**

Au cours de notre étude, nous avons trouvé que 91,8% des adolescents ont fait plus de 10 ans de suivi au niveau du centre d'excellence pédiatrique (CEP). Notre taux est nettement supérieur à celui de Kouadio et coll [12] qui avaient retrouvé 42%. Cela pourrait s'expliquer par la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

➤ **Statut orphelin**

Notre étude a révélé que plus de la moitié des adolescents était orphelin d'au moins un parent soit **57,5%**. Ce chiffre est supérieur à celui d'Almeida et Coll [20] dans le service de pédiatrie de CNHU de Cotonou (31 %). Cela prouve que le Sida est pourvoyeur d'orphelins rendant difficile un suivi régulier de ces enfants et un problème d'insertion sociale.

5.3. Connaissances et pratiques des adolescents sur leur prise en charge

Les adolescents ont des bonnes attitudes face à des situations préoccupantes concernant leur suivi qui sont entre autres expliquer sa maladie aux autres, préparer les médicaments eux-mêmes, organiser les différents rendez-vous, communiquer avec le corps médical sur leurs inquiétudes et participer pleinement aux différentes causeries débat tout exprimant leur point de vue. Ces résultats pourront s'expliquer par les efforts déployés par les agents de santé du CEP pour initier ces adolescents à être indépendants et responsables dans la suite de leur prise en charge après leur transfert vers une unité adulte.

En outre plus de 80% des adolescents dans notre étude savaient gérer les rendez-vous et 74% connaissaient le nom des médicaments ARV qu'ils prenaient. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux retrouvés par Esturgeon K. et coll [21] qui avaient trouvé respectivement 42% et 37%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la différence d'âge à l'inclusion au moins 18ans dans notre étude contre 14ans.

Par ailleurs un peu moins de la moitié des adolescents sont inquiets de leur transfert dans **43,8%** car ne connaissent pas les agents de santé qui les recevront et les accompagner dans leur suivi et par la même occasion 65,75% des adolescents étaient favorable à leur transfert.

Ce chiffre est proche à celui retrouvé par Victoria L K et coll [22] qui avaient retrouvés 60%.

Soutien lors de la transition : La famille est le principal soutien lors de la transition (81,8%).

L'équipe pédiatrique a été, pour la plupart des participants, un meilleur soutien.

Relations avec les équipes pédiatriques : Pour la plupart des participants, le milieu pédiatrique est un milieu de confiance, de respect mutuel entre les patients et l'équipe de soins.

Sur le plan communication, les adolescents exprimaient leur point de vue avec les soignants lors des entretiens. Ces données corroborent avec celles de C. Michel [23] et S. Ashaba [11]

5.4. Les facteurs de réticence

Les adolescents orphelins d'au moins un parent avait 1,57 fois plus de chance d'avoir un avis favorable au transfert comparé aux adolescents non orphelins mais cette différence n'était pas significative. Ce résultat va dans le sens que les adolescents non orphelins sont ceux qui ont plus d'avis défavorable pour le transfert.

Les adolescents ayant une charge virale indétectable avaient 2 fois moins de risque d'avoir un avis favorable au transfert comparés aux adolescents ayant une charge virale détectable. Cela prouve que les adolescents ayant une charge virale indétectable sont ceux qui veulent rester à la prise en charge pédiatrique expliquant la complicité et la confiance qui se sont créés au fil du temps entre ces adolescents et l'équipe soignante.

En outre, la tranche d'âge et la durée de suivi ne sont aucunement des facteurs de réticence influençant transfert à la prise en charge adulte.

Par ailleurs il existe une inquiétude qui anime ces adolescents pour cette transition qui prend une double trajectoire : celle de se sentir devenir adulte sur le plan développemental pour quitter le cocon de la pédiatrie et celle de leur vulnérabilité liée à la visibilité de la maladie en milieu adulte perçu comme « froid » et « inconnu ». Ce « choc des milieux » provoque une transformation les conduisant à la vie adulte où la relation de confiance demeure fondamentale à cette transition, aussi bien pour la continuité des soins que pour leur vie sociale et affective.

5.5. Les facteurs associés à la suppression de la charge virale

Nous avons trouvé une corrélation significative entre le statut orphelin des adolescents et le dernier charge virale (**p :0,017**) et les adolescents orphelins d'au moins un parent, avaient significativement 5 fois moins de risque d'avoir une charge virale indétectable. Ce résultat témoin que le statut non orphelin est un facteur de suppression virologique.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la charge virale et la durée de suivi ni avec l'âge au moment de l'inclusion.

5.6. Déterminants associés à la suppression de la charge virale

Les adolescents ayant le soutien parental avaient 2,9 fois plus de risque d'avoir une charge virale indétectable comparés aux adolescents qui n'avaient pas de soutien parental. Nous pouvons conclure que le soutien des parents est indispensable à la suppression virologique.

Les adolescents ayant une durée de suivi ≤ 10 ans avaient 1,4 fois plus de risque d'avoir une charge virale indétectable comparés aux adolescents de plus de 10 ans de suivi.

6. CONCLUSION

Dans notre étude, les adolescents avaient de bonnes connaissances et pratiques en ce qui concerne leur maladie. Le statut orphelin serait un facteur fortement associé à la détectabilité de la charge virale. Par contre il ressort que le transfert a concerné 13,46% des enfants suivis au centre d'excellence pédiatrique, et 1/3 des adolescents enquêtés ne sont pas favorables au transfert soit 34,25%.

7. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons quelques recommandations :

❖ **Aux autorités**

- Mise en place d'un site de prise en charge et de suivi des adolescents séropositifs
- Mettre en place un soutien infirmier adapté afin de mieux comprendre les changements physiques, cognitifs, affectifs et sociaux auxquels ils sont confrontés

❖ **Aux personnels soignants**

- Renforcer les capacités d'accompagnement, de suivi des adolescents à l'approche de la période de transition
- S'assurer d'une préparation du transfert vers la PEC adulte
- Réserver un accueil plus convivial aux adolescents à la PEC adulte

❖ **Aux parents et adolescents**

- Veiller à une bonne observance du traitement
- Renforcer d'avantage le suivi des enfants à domicile surtout les orphelins

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'INFECTION à VIH : ASPECTS VIROLOGIQUES [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.microbes-edu.org/etudiant/vih.html>
2. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. FICHE D'INFORMATION 2023 - Statistiques mondiales sur le VIH - PNMVH [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://pnmvh.org/publication/epidemie-mondiale-de-sida-principaux-faits-et-chiffres/>
4. SFLS :: Actualités :: Dernières Actualités [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.sfls.aei.fr/actualites/dernieres-actus/showActu.asp?showActu=338>
5. Robert WM, Blum M.D. Ph.D., Dale Garell M.D., Christopher H. Hodgoman M.D., Timothy W. Jorissen J.D and al
Transition from child-centered to adult health care systems for adolescents with chronic conditions: a position paper of the Society for adolescent medicine
Journal of Adolescent Health(1993)
6. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, et American College of Physicians American Society of Internal Medicine
A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs Pediatrics (2002)
7. Hepburn CM, Cohen E, Bhawra J, et al. Health system strategies supporting transition to adult care. Arch Dis Child 2015 ; 100 : 559–564. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
8. Doucet S, Curran JA, Breneol S, et al. Programmes to support transitions in care for children and youth with complex care needs and their families: a scoping review protocol. BMJ Open 2020; 10 : e033978. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Living and dying to be counted: What we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic - Slogrove - 2017 - Journal of the International AIDS Society - Wiley Online Library [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.7448/IAS.20.4.21520>
10. High attrition before and after ART initiation among youth (15–24 years of age) enrolled in HIV care - PMC [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517438/>
11. Perspectives About Transition Readiness Among Adolescents and Young People Living With Perinatally Acquired HIV in Rural, Southwestern Uganda: A Qualitative Study - PubMed [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35604846/>

12. 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 | Rev. int. sci. méd. (Abidj.);25(1): 9-17, 2023. figures, tables | AIM [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Disponible sur:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1438544>
13. Vargas V, Wong M, Rodriguez CA, Sanchez H, Galea J, Ramos A, et al. Community-based accompaniment for adolescents transitioning to adult HIV care in urban Peru: a pilot study. AIDS Behav. déc 2022;26(12):3991-4003.
14. Transitioning from pediatric to adult care and the HIV care continuum in Ghana: a retrospective study - PMC [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8127228/>
15. Transition des adolescents infectés par le VIH par transmission mère–enfant : évaluation à 10 ans d'un modèle créé dans une structure hospitalière ambulatoire pour adolescents/jeunes adultes - EM consulte [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur:
<https://www.em-consulte.com/article/1217324/transition-des-adolescents-infectes-par-le-vih-par>
16. Mbalinda SN, Bakeera-Kitaka S, Lusota DA, Musoke P, Nyashanu M, Kaye DK. Transition to adult care: Exploring factors associated with transition readiness among adolescents and young people in adolescent ART clinics in Uganda. Marotta C, éditeur. PLOS ONE. 29 avr 2021;16(4):e0249971.
17. Retention and Viral Suppression Among Adolescents Newly Initiating Antiretroviral Therapy in Adult HIV Care in Lima, Peru: A Retrospective Cohort Study - ScienceDirect [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X23004548>
18. « It was not okay because you leave your friends behind »: A prospective analysis of transition to adult care for adolescents living with perinatally-acquired HIV in South Africa - PubMed [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34484412/>
19. fatou.pdf. Socio-demographic, clinical, and therapeutic aspects of adolescents treated and followed for HIV infection at the Hospital Gabriel Toure paediatric center. Mali Medical, article original
20. [Profile of HIV-infected children at the National University Hospital of Cotonou (CNHU)] - PubMed [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29925217/>
21. Transition short report submission to HIV nursing.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur:
<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10093575/1/Transition%20short%20report%20submission%20to%20HIV%20nursing.pdf>

22. Transition from Pediatric to Adult HIV Care for Young Women Living with HIV - Victoria Logan Kennedy, Kaitlyn Luisa Mellor, Jason Brophy, Ari Bitnun, Ariane Alimenti, Fatima Kakkar, Carmen Helen Logie, Kath Webster, Karène Proulx-Boucher, Erin Ding, Shahab Jabbari, Angela Kaida, Alexandra de Pokomandy, Mona Loutfy, , on behalf of the CHIWOS Research Team, on behalf of the CHIWOS Research Team, 2020 [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2325958220903574>
23. Valais-Wallis HS. Travail de Bachelor Transition des soins pédiatriques aux soins adultes chez les jeunes atteints du VIH / Sida.

9. ANNEXES

- **Fiche signalétique**

Prénom : Ismaïl

Nom : DJIRE

Tél : (00223)60-30-30-10

Pays : Mali Ville : Bamako

Année Universitaire : 2022-2023

TITRE : Acceptabilité du transfert des adolescents de la prise en charge pédiatrique à la PEC adulte au centre d'excellence pédiatrique du CHU GT.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Centre d'excellence pédiatrique

Résumé : Il s'agissait d'une étude transversale ayant concerné les adolescents séropositifs au VIH sous traitement ARV en phase de transfert vers la PEC adulte.

Cette étude avait pour but d'évaluer l'acceptabilité du transfert des adolescents sous traitement ARV au centre d'excellence pédiatrique vers la prise en charge adulte. De cette étude, il en est ressorti que la fréquence du transfert était de 13,46%. Le sexe masculin était prédominant (54,8%) avec un sex ratio de 1,21. la moyenne d'âge au moment du transfert était de 20 ans avec des extrêmes de 18 et 24ans. La moitié des adolescents ont commencé leur traitement ARV avant leur 5ans dans 50,7% et la moyenne d'âge était 110,8 mois avec des extrêmes 7mois et 176 mois.

La durée de suivi était supérieure à 10 ans dans 91,8%. Les adolescents orphelins avaient représenté 63% et la majorité avait leur dernière charge virale indétectable (72,6%). Environ 1/3 des adolescents n'était pas prêts pour le transfert dans 34,25%. A l'analyse bivariée, nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le soutien de la famille selon que la charge virale soit détectable ou pas, Il n'y a pas de différence selon que la durée de suivi soit au moins dix ans ou inferieur avec la détectabilité ou l'indétectabilité de la charge virale. Il y a une corrélation significative entre le fait d'être orphelin et la détectabilité de la charge virale.

Mots clés : transition, adolescents, transfert