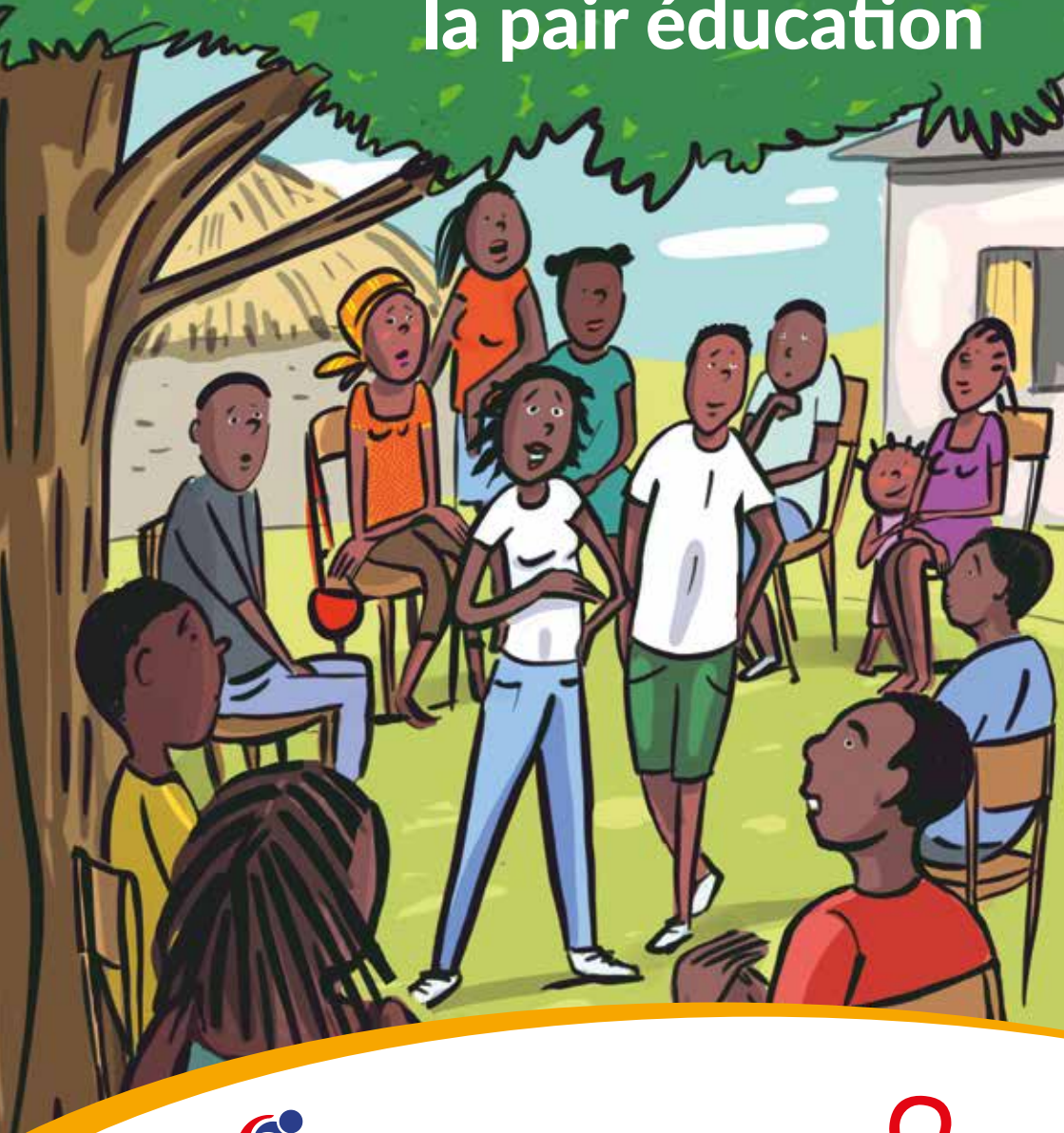


Ados et jeunes vivant avec le VIH
**Guide pour pratiquer
la pair éducation**



Écriture inclusive

Nous avons fait le choix pour la rédaction de ce guide, comme pour d'autres guides réalisés par Sidaction, d'utiliser l'écriture inclusive. L'écriture inclusive, ou langage non sexiste, ou langage « dégenré » est un ensemble de règles d'écriture destiné à éviter les discriminations de genre dans l'écriture. Les règles de langue française de nommer au masculin les noms de fonction, ou de faire primer le masculin sur le féminin au pluriel, induisent indiscutablement des représentations de genre. Lorsque le langage commun par exemple écrit UN docteur et UNE infirmière, cela a une influence sur les représentations de qui occupe ces fonctions communément et un possible frein, en particulier pour les plus jeunes, à se représenter eux ou elles-mêmes occuper une fonction qui ne prend pas en compte leur genre (UNE docteurE ou UN infirmier).

Les principes d'écriture inclusive que nous avons adoptés ici sont les suivants :

- Utiliser les deux formes masculine et féminine pour les noms de fonctions ou de personnes au singulier et au pluriel.
Ex : un.e adolescent.e, les professionnel.le.s de santé, le.la pair éducateur.rice
- Privilégier chaque fois que c'est possible les noms invariables ou épicènes.
Ex : un enfant, une personne, les droits humains

Nous avons conscience que cela peut constituer une difficulté à la lecture. Néanmoins, l'habitude de lire des textes sous ce format permettra de lever cette gêne, et par ailleurs l'enjeu de l'égalité entre les femmes et les hommes est trop important, et trop pressant aujourd'hui pour le négliger. Le langage constitue un levier puissant pour faire progresser les mentalités. En adoptant l'écriture inclusive, chacun.e peut faire avancer l'égalité entre les femmes et les hommes !

Rédaction :

Ce guide a été écrit par le Dr David MASSON, pédiatre.
Appuyé par Cécile CHARTRAIN et Clara LE STUM sur les chapitres Genre et Santé Sexuelle et Reproductive.

Relecture : Géraldine COLIN, Celia LANOË, Clara LE STUM et Réjane ZIO, Sidaction.
Yayra T. AMEGA, Emmanuel HOUSSIME et Adjovi S. HUSUNKPE, PE, EVT, Togo.
Oumar COULIBALY, PE, ARCAD Santé PLUS, Mali.

Conception graphique : Virginie HÉLAINE.

Illustrations : Florence VANDERMEERSCH.

Secrétariat de rédaction : Jeanne JULIEN.

Chargée de communication : Bérénice PIERSON.

Coordination : Réjane ZIO.

Sommaire

12 Aspects médicaux

- 14 Les bases de l'infection par le VIH
- 18 Le test de dépistage, comment ça marche ?
- 22 Les circonstances de transmission et les facteurs de protection
- 25 Les infections opportunistes
- 30 Les coïnfections
- 36 Le VIH et son cycle
- 42 Les traitements ARV
- 55 Le suivi clinique et bio-immunovirologique
- 58 Les CD4, c'est quoi ?
- 62 La charge virale, c'est quoi ?
- 74 L'échec thérapeutique

82 Observance

- 84 Observance et inobservance

92 Aspects psychosociaux et cognitifs

- 94 Le développement de l'enfant
- 104 L'annonce du diagnostic
- 111 Troubles psychologiques et dépression
- 116 Conduites à risque

128 Santé Sexuelle et de la Reproduction

- 130 Quelques notions sur le sexe et le genre
- 132 Quelques repères anatomiques et physiologiques
- 137 La puberté, c'est quoi ?
- 140 Les règles
- 143 La procréation
- 144 La contraception
- 154 Interruption de grossesse
- 157 Infections sexuellement transmissibles
- 169 Relations amoureuses
- 182 La PrEP
- 184 La PEP
- 186 Pratiques sexuelles à risque et sans risque

Remerciements

Nous tenons à remercier les dix associations partenaires du projet « Ados » mis en œuvre par Sidaction avec le soutien financier d'Expertise France dans le cadre de l'Initiative 5%, et de manière plus large toutes les associations membres du réseau Grandir Ensemble (soutenu par Sidaction). L'élaboration du guide s'est nourrie de leurs expériences de la pair éducation pour le suivi et l'accompagnement des ados/jeunes vivant avec le VIH.

Nous remercions Rodrigue KOFFI, coordonnateur du réseau Grandir Ensemble, qui a contribué à la remontée des questions des pairs éducateur.rice.s.

Nous remercions également les pairs éducateur.rice.s pour leur engagement et leur dévouement pour une meilleure réponse aux spécificités des ados/jeunes.



Les associations membres du réseau Grandir Ensemble :

- ACTION CONTRE LE SIDA (ACS), Lomé, Togo
- AIDES MÉDICALES ET CHARITÉ (AMC), Lomé, Togo
- ASSOCIATION NATIONALE DE SOUTIEN AUX SÉROPOSITIFS ET MALADES DU SIDA (ANSS), Bujumbura, Burundi
- ASSOCIATION DE RECHERCHE, DE COMMUNICATION ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (ARCAD Santé PLUS), Bamako, Mali
- AVENIR POSITIF, Pointe Noire, Congo
- ASSOCIATION DJENANDOUM NAASSON (ADN), Moundou, Tchad
- CENTRE SOLIDARITÉ ACTION SOCIALE (CSAS), Bouaké, Côte d'Ivoire
- CENTRE DE RÉFLEXION ET D'INITIATIVE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (CRIPS-TOGO), Lomé, Togo
- ESPOIR VIE-TOGO (EVT), Lomé, Togo
- ASSOCIATION KENEDOUGOU SOLIDARITÉ (AKS), Sikasso, Mali
- KIDAIDS, Yaoundé, Cameroun
- RECHERCHES ACTIONS COMMUNAUTAIRES INITIATIVES POUR UN NOUVEL ESPOIR (RACINES), Cotonou, Bénin
- RESPONSABILITÉ-ESPOIR-VIE-SOLIDARITÉ (REVS PLUS), Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso
- SERMENT UNIVERSEL, Brazzaville, Congo
- SOCIETY FOR WOMEN FIGHTING AGAINST AIDS BURUNDI (SWAA-BURUNDI), Bujumbura, Burundi
- SOCIETY FOR WOMEN FIGHTING AGAINST AIDS LITTORAL (SWAA-LITTORAL), Douala, Cameroun
- SOLIDARITE FEMININE, Djibouti, Djibouti
- SOS SIDA, Bukavu, République Démocratique du Congo.

Introduction

Entre 2006 et 2017, le programme Grandir a accompagné, par un appui technique et financier, des associations africaines pour soutenir et améliorer la prise en charge des enfants vivant avec le VIH. Pendant les premières années, l'accès aux traitements ARV et les aspects médicaux étaient prioritaires. Rapidement, les questions autour de l'annonce du diagnostic à l'enfant ont émergé et nécessité des réponses (formations, coaching, fiches techniques et finalement un guide de capitalisation). Les aspects nutritionnels ont constitué la préoccupation suivante, en lien avec la croissance des enfants et des ados. En effet, la prise en charge permettait à un nombre croissant de jeunes patients de grandir et d'entrer dans l'adolescence.

Pendant les dernières années du programme Grandir, la thématique des ados a pris une place de plus en plus importante. De plus en plus nombreux, ces jeunes patients concentraient les difficultés de prise en charge : échecs virologiques plus fréquents, le plus souvent secondaires à des mutations de résistance, efficacité réduite de l'éducation thérapeutique, fréquence plus élevée des arrêts thérapeutiques volontaires et problématique émergente de la santé sexuelle et reproductive.

La réponse initiale du programme Grandir a associé des formations, à destination des équipes de prise en charge, et un coaching des équipes sur les sites. Mais cette approche a montré une efficacité insuffisante, en raison de la complexité des situations et une réceptivité relativement basse des ados aux messages délivrés par les adultes.

Les associations elles-mêmes ont innové en expérimentant l'intégration dans les équipes d'adolescents et d'adolescentes, repéré.e.s pour leurs qualités de leadership et d'influence positive sur leurs pairs.

Le programme « Formation et Empowerment pour un accompagnement renforcé des adolescent.e.s et jeunes vivant avec le VIH ou affecté.e.s par le VIH » a pris la suite du programme Grandir. Mis en œuvre par Sidaction et dix partenaires associatifs dans 6 pays d'Afrique Francophone avec le soutien financier de Expertise France, ce projet contenait un axe fort de développement de

l'éducation par les pairs, par et pour les ados vivant avec le VIH ; associé à un travail avec les soignants sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale.

Pendant trois années, des ados leaders ont été formés, accompagnés, soutenus et outillés pour devenir des pairs éducateurs et éducatrices (PE). La pertinence de leur présence au sein des équipes de prise en charge est désormais reconnue dans toutes les associations du programme. Néanmoins, leur place au sein des équipes n'est pas encore complètement définie, les curricula de formation restent à affiner.

Parmi les besoins identifiés lors de l'écriture du projet figurait un ouvrage de référence destiné aux ados PE. En effet, ces jeunes ne sont ni des médecins, ni des psychologues. Pourtant, les autres ados viennent leur demander des conseils sur le VIH, les traitements, les relations amoureuses ou leur posent des questions sur la sexualité. Les PE peuvent devoir faire face à des situations complexes telles que des conduites à risque, une envie suicidaire, une demande d'avortement ou un cas de maltraitance.

Les PE ont donc besoin de davantage de compétences ; et doivent avoir conscience de leurs limites et savoir quand et comment agir en articulation avec l'équipe de prise en charge.

Pour construire cet ouvrage, nous sommes partis des questions que se posaient les PE et des questions que les autres ados leur posaient. Rodrigue Koffi, le coordonnateur du réseau Grandir Ensemble a mené ce travail préliminaire auquel de nombreux et nombreuses PE ont participé avec grand sérieux. Plus de 150 questions ont été recueillies, triées, classées. Elles ont constitué la base de l'ouvrage et orienté le choix des chapitres et des messages à délivrer. Deux aspects sont clairement ressortis : une compréhension insuffisante de certains PE sur les principes de l'infection par le VIH, sur les différences entre charge virale, CD4 et test de dépistage ; et de nombreuses interrogations sur les questions autour de la vie amoureuse, la sexualité et la santé de la reproduction en générale. D'autres chapitres ont été inclus, alors que les questionnements étaient moins fréquents, car il nous semblait que les PE pourraient se trouver face à des situations difficiles (conduites à risque, dépression) ; ou simplement parce que certaines notions étaient importantes pour introduire des chapitres plus pratiques (les étapes du développement de l'enfant, le processus de l'adolescence ou les étapes de la puberté).

Concernant la forme de ce guide, nous avons cherché l'équilibre entre des informations trop complexes pour des ados ayant pour la plupart un bagage limité en biologie ou en médecine et des messages trop simplistes tels que « quand on rate une prise d'ARV, on devient résistant » ou « quand on arrête de prendre son traitement, on tombe malade ».

Pour compenser les aspects parfois ardues des apports théoriques, nous avons cherché à présenter également les messages sous forme de schémas, dessins, algorithmes, questions-réponses et messages-clés. Certaines informations sont donc répétées volontairement, afin d'augmenter la probabilité de retenir et de transmettre les messages importants.

Enfin, par rapport au niveau du langage, certains termes techniques ou relevant du français soutenu ont été explicités entre parenthèse pour faciliter leur compréhension, quelques ados PE ne maîtrisant pas parfaitement le français écrit. Dans ce contexte, le choix de l'écriture inclusive a été débattu. Il a finalement été tranché par les PE, qui ont majoritairement affirmé ne pas être gênés par cette forme d'écriture.

Nous espérons que ces choix (thématiques, messages, ligne éditoriale) répondront aux besoins et que ce guide contribuera au renforcement des capacités de ces adolescent.e.s et jeunes vivant avec le VIH impliqués directement dans les soins et l'accompagnement de leurs pairs au sein des associations soutenues par Sidaction.

Sigles et abréviations

ABC	Abacavir	IVG	Interruption volontaire de grossesse
ADN	Acide désoxyribonucléique	LGBT+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et les autres minorités sexuelles et de genre
ARV	Anti rétro viraux	NVP	Névirapine
ARN	Acide ribonucléique	OMS	Organisation mondiale de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébral	ONG	Organisation non gouvernementale
AZT	Zidovudine	LPV/r	Lopinavir boosté par le Ritonavir
BCG	Vaccin bilé de Calmette et Guérin	PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction en chaîne par polymérase)
CD4	Cluster de différenciation 4	PE	Pair éducateur.rice
CV	Charge virale	PrEP	Pre-exposure prophylaxis (Prophylaxie pré-exposition)
DIU	Dispositif intra-utérin	PEP	Post Exposure Prophylaxis (Prophylaxie post-exposition)
DTG	Dolutégravir	PEV	Programme élargi de vaccination
EFV	Efavirenz	RAL	Raltégravir
ETP	Éducation thérapeutique du patient	SSR	Santé sexuelle et reproductive
FSF	Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes	TARV	Traitement anti retro viral
3TC	Lamivudine	TDF	Ténofovir
FTC	Emtricitabine	VHB	Virus de l'hépatite B
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes	VHC	Virus de l'hépatite C
HSV	Herpes simplex virus (Virus de l'herpès)	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IST	Infection sexuellement transmissible	VPH	Virus du papillome humain
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse		
IO	Infection opportuniste		
IP	Inhibiteur de la protéase		
ITG	Interruption thérapeutique de grossesse		



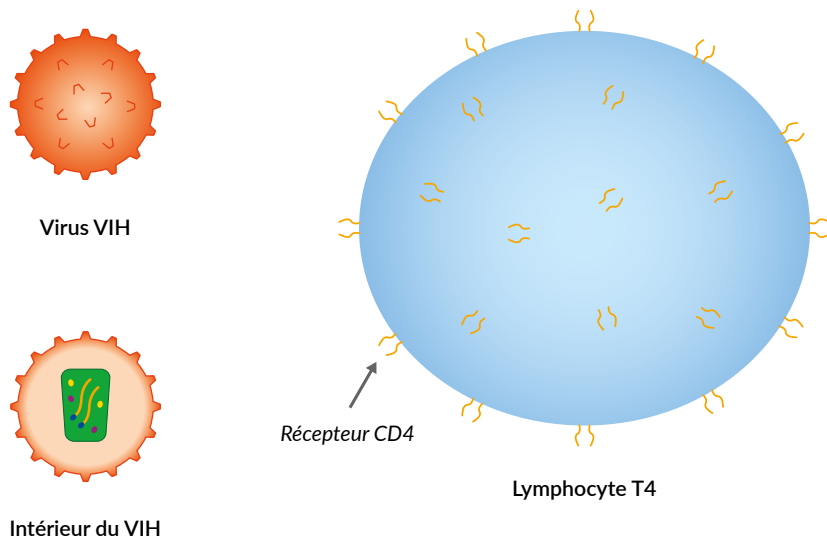
**Aspects
médicaux**

Les bases de l'infection par le VIH

Histoire naturelle de la maladie

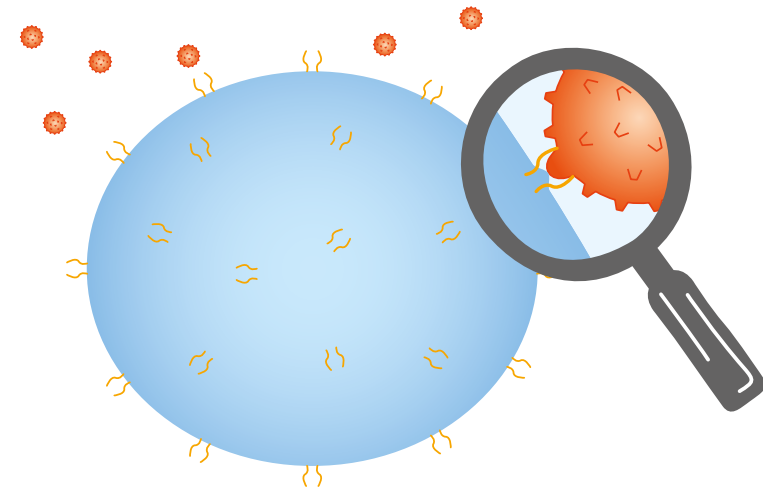
L'infection commence par l'entrée dans le corps d'un virus appelé « **VIH** » (pour « virus de l'immunodéficience humaine »). Dans les premiers jours de l'infection, le virus se multiplie et se dissémine partout dans le corps.

Pour se multiplier, il doit entrer dans une cellule : le **lymphocyte T4**.

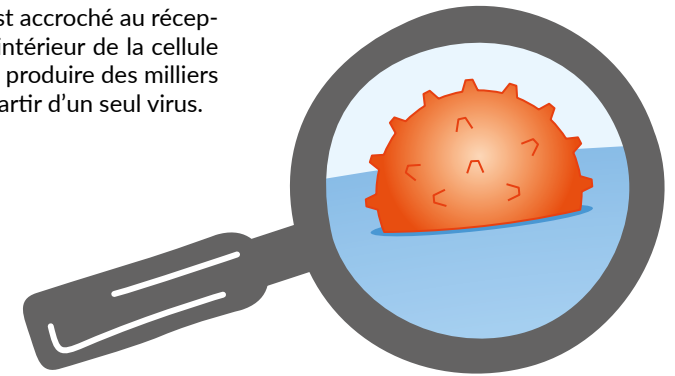


Le lymphocyte T4 possède à sa surface un **récepteur** appelé « **CD4** » (pour faciliter la lecture, cette cellule sera nommée « lymphocyte CD4 » ou « CD4 » dans ce guide).

Le récepteur CD4 et le VIH ont une forte affinité (ils s'attirent).



Une fois que le VIH est accroché au récepteur CD4, il entre à l'intérieur de la cellule et se multiplie. Il peut produire des milliers de copies de virus à partir d'un seul virus.



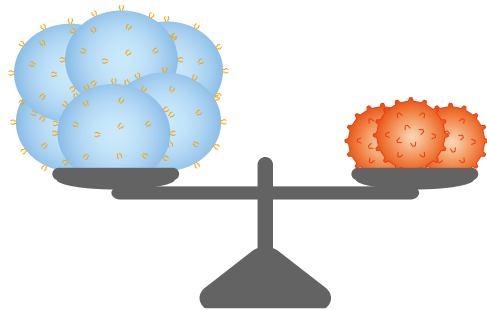
Assez rapidement (de quelques jours à quelques semaines), le système immunitaire fabrique des défenses pour essayer de se débarrasser du VIH.

Un des moyens utilisés pour se défendre contre le VIH est la production d'anticorps : ces anticorps aident à détruire les cellules qui sont infectées par le VIH. Ce sont ces anticorps que l'on recherche lorsqu'on fait un test de dépistage du VIH (voir « Le test de dépistage, comment ça marche ? », p. 18).

Dans la plupart des cas, un équilibre se met en place : le VIH se multiplie dans les lymphocytes CD4, ces lymphocytes CD4 sont détruits, mais le corps fabrique de nouveaux lymphocytes CD4 et limite la progression de la maladie.

Cette situation peut durer plusieurs années. C'est la **phase asymptomatique** :

- la personne n'est pas malade, elle ne présente pas de symptômes ;
- si elle fait un test de dépistage, il sera positif. Mais si elle ne le fait pas, elle ne peut pas savoir qu'elle est infectée par le VIH ;
- en revanche, elle peut contaminer d'autres personnes.



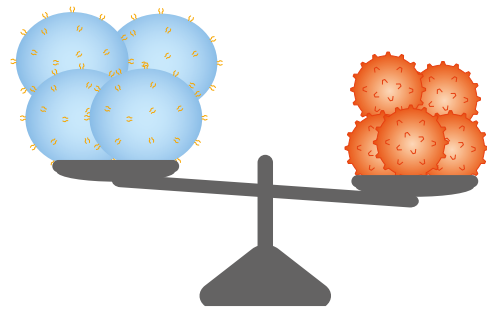
Les lymphocytes CD4 sont élevés, ils diminuent lentement

La quantité de VIH (la charge virale) reste assez basse

Le sujet est en bonne santé



Après quelques mois, souvent après plusieurs années, le corps n'arrive plus à maîtriser aussi bien le VIH : les lymphocytes CD4 diminuent, le nombre de virus augmente. Les premiers symptômes (= les premiers signes des maladies) apparaissent.



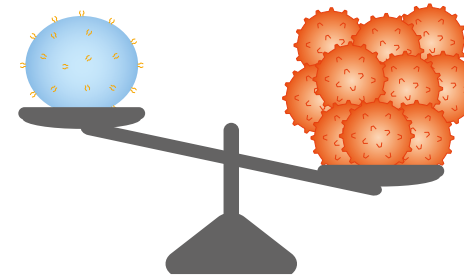
Les lymphocytes CD4 sont alors plus bas

La quantité de VIH (la charge virale) a augmenté

Le sujet commence à avoir des signes (diarrhée fréquente, infections respiratoires, boutons)



En l'absence de traitement antirétroviral (ARV), le nombre de lymphocytes CD4 baisse de plus en plus et le nombre de VIH est de plus en plus élevé. Le patient évolue vers le stade sida.



Les lymphocytes CD4 sont très bas

La quantité de VIH (la charge virale) est très élevée

Le sujet présente des maladies graves et souvent une perte de poids importante



Évolution sous traitement antirétroviral (ARV)

Lorsque le patient prend des ARV, le nombre de virus diminue rapidement, ce qui ralentit la destruction des lymphocytes CD4. La production de nouveaux CD4 est alors plus rapide que leur destruction par le VIH et leur nombre augmente. Quand ce nombre est assez élevé, les défenses immunitaires sont à nouveau suffisamment fortes pour combattre les maladies opportunistes (voir « Infections opportunistes », p. 25), et le patient retrouve une bonne santé.

Malheureusement, le VIH reste caché dans le corps et si le patient arrête de prendre ses ARV, il recommence à se multiplier et à détruire à nouveau les lymphocytes CD4 (voir « L'échec thérapeutique », p. 74).

Quelles sont les causes de la multiplication du VIH dans l'organisme ?

Comme tous les virus, le VIH ne cherche qu'une chose : se multiplier. Il a besoin d'une cellule pour le faire. Comme il est naturellement attiré par les lymphocytes CD4, il utilise ces cellules. Le virus de l'hépatite, par exemple, utilise les cellules du foie.

Dans le cas du VIH, ce qui est grave est qu'il détruit au passage les cellules qui organisent nos défenses immunitaires. Donc, plus le temps passe et moins le corps est capable de bloquer le virus. Il a besoin des traitements ARV pour l'aider.

Le test de dépistage, comment ça marche ?

Le test de dépistage du VIH cherche s'il y a des anticorps dirigés contre le VIH (= anticorps anti-VIH).

En Afrique, on utilise généralement des tests rapides : ce sont des bandelettes de papier qui se colorent si des anticorps anti-VIH sont présents dans le sang.

Au laboratoire, le biologiste dépose une goutte de sang sur la bandelette.

Sur cette bandelette, deux lignes peuvent apparaître :

- la première ligne correspond aux anticorps anti-VIH : si cette ligne apparaît, cela veut dire que ces anticorps sont présents ;
- la deuxième ligne correspond à tous les autres anticorps (contre les autres maladies) qui existent dans le sang. Il faut que cette ligne apparaisse : cela prouve que le test est valide (= qu'il a été bien fait). C'est la ligne « contrôle ».

On peut donc obtenir trois résultats quand on fait un test rapide :



Seule la deuxième ligne rouge (« contrôle ») est apparue :

Le test a été bien fait, mais il n'y avait pas d'anticorps anti-VIH. Le test est déclaré négatif (la personne n'est probablement pas infectée par le VIH).

Les deux lignes rouges sont apparues :

Le test a été bien fait et il montre qu'il y a des anticorps anti-VIH. Ce test est déclaré positif. Il faudra le confirmer par un deuxième test pour en être sûr.



La ligne rouge « contrôle » n'est pas apparue :

Le test a été mal fait (ou la bandelette était trop vieille). Il faut refaire le test.

Foire aux questions

Pourquoi réalise-t-on deux tests (voire trois dans certains pays) ?

Il peut exister (très rarement) des erreurs avec le premier test : la première ligne se colore, on pense qu'il y a des anticorps anti-VIH, mais en fait ce sont des anticorps contre une autre maladie (hépatite C, par exemple).

Donc si le 1^{er} test est positif, il existe une grande probabilité (= c'est presque sûr) que la personne soit infectée par le VIH. Pour en être sûr, on pratique un deuxième test, que l'on appelle « test de confirmation ».

Si le 2^e test est aussi positif, on donne le résultat au patient : il est infecté par le VIH et il doit aller voir le médecin.

Si le 2^e test est négatif, on ne peut pas être sûr que le patient est infecté par le VIH. Il faut réaliser d'autres examens pour le confirmer.

Une personne vivant avec le VIH peut-elle faire son test tous les trois mois comme une personne séronégative ?

Non, cela n'a aucun intérêt : une fois que le test de dépistage est positif, il restera positif, même si le traitement est bien pris et que la charge virale devient indétectable.

Si le premier test est négatif, cela veut-il dire que la personne n'est pas infectée par le VIH ?

Non, pas toujours : il faut quelques semaines pour fabriquer les anticorps. Donc, une personne qui a été exposée au VIH (relation sexuelle sans préservatif, blessure avec un objet souillé par du sang) devra attendre trois mois pour faire le test : si le test est négatif après ces trois mois, la personne n'est pas infectée.

Mon petit frère a 6 mois, son test rapide est positif, mais on dit qu'il n'est peut-être pas infecté.

En effet, les femmes enceintes infectées par le VIH ont des anticorps anti-VIH dans leur sang. Ces anticorps passent dans le sang du fœtus (= le bébé lorsqu'il est encore dans le ventre de la maman) pendant la grossesse.

Tous les bébés à la naissance ont donc les anticorps de leur maman dans leur sang et leur test VIH est toujours positif. Mais si le VIH n'est pas passé de la maman au bébé, les anticorps vont être éliminés après quelques mois.

En général, si le test rapide reste positif quand le bébé a 18 mois, c'est qu'il est infecté par le VIH. Si on veut savoir plus tôt si le bébé est porteur du VIH, on pratique un test qui s'appelle PCR et qui recherche directement le virus dans son sang.

J'ai une charge virale indétectable et pourtant mon test de dépistage reste positif, c'est normal ?

Oui, car la charge virale dose directement la quantité de virus (VIH) dans le sang, alors que le test rapide cherche les anticorps. Lorsqu'on prend bien son traitement ARV, on ne trouve plus le virus dans le sang (la charge virale devient indétectable, car la quantité de virus est très basse, même si le VIH est toujours dans le corps), mais les anticorps anti-VIH sont toujours présents. Le test rapide reste donc positif.

Un adolescent m'a dit qu'il s'est fait tester et que le résultat est « dissocié ». Qu'est-ce que cela veut dire ?

Cela veut dire que le premier test est positif (en général le test Determine®), mais que le deuxième est négatif. Cela peut être dû :

- soit à un autre microbe (virus de l'hépatite, de l'herpès, germe de la syphilis, par exemple);
- soit à une infection récente (il y a peu d'anticorps, la réaction avec le test est trop faible pour être mise en évidence dans le deuxième test).

Il faut lui conseiller de refaire un test dans quelques semaines. Si le résultat est identique, il faudra essayer avec d'autres tests (tests rapides différents ou tests spéciaux au niveau du laboratoire national).

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les tests de dépistage rapide du VIH sont globalement très fiables.

Lorsque deux tests sont positifs, il est très probable que la personne soit infectée.

Lorsque le premier test (en général, le Determine®) est négatif, on peut dire que la personne n'était pas infectée trois mois auparavant : il faut refaire le test trois mois plus tard, sans s'exposer au risque d'infection (= sans conduite à risque) pendant ces trois mois, pour confirmer le résultat négatif.

Certains résultats sont difficiles à comprendre. Il faut alors demander l'avis du médecin.

Les circonstances de transmission et les facteurs de protection

Circonstances de transmission du VIH

Dans la vie quotidienne, le VIH ne peut pas être transmis à l'entourage, sauf dans des conditions très particulières, qui sont :

- Lors de relations sexuelles non protégées

Le risque de transmission est plus important en cas de pénétration anale (sodomie) qu'en cas de pénétration vaginale.

Le risque est faible en cas de fellation, très faible en cas de cunnilingus (mais pas nul si la personne qui fait la fellation ou le cunnilingus a des coupures dans la bouche).

Ces risques sont plus importants en cas de plaie ou de saignement (voir « SSR », p. 128).



- Lors de l'usage (accidentel ou pas) d'objets piquants et/ou tranchants souillés

Le risque est supérieur avec des objets creux (aiguilles) et si la blessure est profonde.

Il faut que le sang soit frais (quelques heures).

Cette transmission s'observe surtout lors de l'échange de seringues (usagers de drogues), plus rarement lors de tatouages, de piercing ou chez le coiffeur (si le même matériel est utilisé plusieurs fois de suite).



Le VIH peut (très rarement) être transmis lors d'un soin avec du matériel médical contaminé (mal stérilisé) ou lors d'une transfusion sanguine (mais le sang est désormais testé avant toute transfusion).

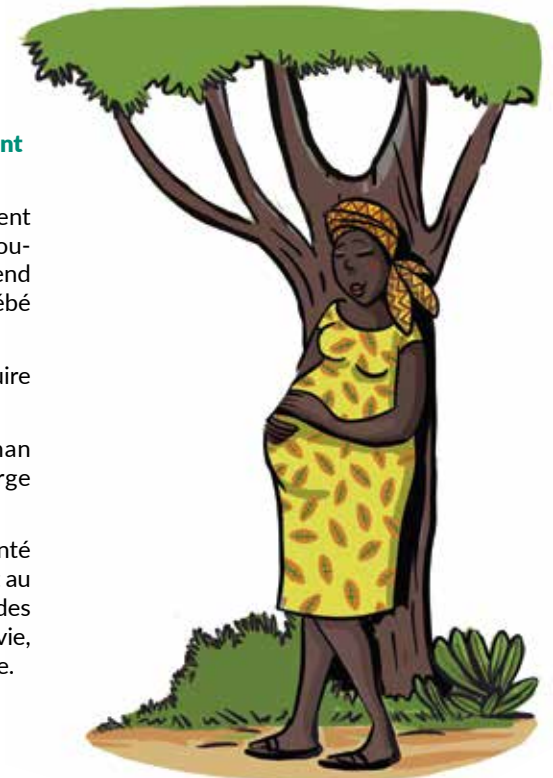
- Lors de la grossesse et de l'allaitement maternel

La transmission survient essentiellement en fin de grossesse et pendant l'accouchement si la femme enceinte ne prend pas de traitement ARV (environ 1 bébé sur 3 est infecté par le VIH).

La transmission peut aussi se produire lors de l'allaitement.

Ce risque est presque nul si la maman prend bien les ARV et que sa charge virale est indétectable.

Le risque de transmission est augmenté en cas d'alimentation mixte (allaitement au sein associé à du lait en poudre ou à des bouillies) durant les premiers mois de vie, surtout si la charge virale est détectable.



Facteurs qui diminuent ou suppriment le risque de transmission

Le traitement ARV : en cas de charge virale indétectable, le risque de transmission sexuelle est nul!

L'utilisation du préservatif : utilisé systématiquement, dès le début du rapport sexuel, le préservatif est un très bon moyen de protéger son.sa partenaire. Il protège également des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses.

La circoncision masculine : réduit le risque (sans le faire disparaître) d'être infecté par le VIH chez les hommes séronégatifs. Par contre, si un garçon est porteur du VIH, la circoncision ne protège pas ses partenaires (= le risque de transmission reste le même).

L'utilisation de matériel médical à usage unique ou correctement stérilisé : le matériel à usage unique est sans risque. Si la stérilisation (méthode pour nettoyer et désinfecter les instruments) est bien faite, elle détruit tous les microbes (y compris le VIH).

Le traitement maternel durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement : si la charge virale est indétectable chez la mère, le risque est pratiquement nul durant la grossesse et l'accouchement; il est très faible durant l'allaitement (mais persiste en raison du passage de globules blancs contenant le VIH dans le lait maternel).

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Le VIH ne se transmet pas lors des actes courants de la vie quotidienne : on peut partager les repas, échanger des vêtements, utiliser les sanitaires sans risquer de transmettre le VIH (et sans risquer de l'attraper si on est séronégatif).

Le VIH peut se transmettre lors de relations sexuelles. Le meilleur moyen de protéger son.sa partenaire sexuel.le est d'avoir une charge virale indétectable et d'utiliser des préservatifs pour éviter les grossesses et les autres IST.

Infections opportunistes

Définition

Les infections opportunistes (IO) sont des maladies liées à des microbes qui ne seraient pas capables de rendre malade une personne qui a un bon système immunitaire (c'est-à-dire des lymphocytes CD4 élevés).

Principales infections opportunistes

Les véritables IO sont le plus souvent des maladies liées à des champignons microscopiques, des parasites ou des virus. Ce chapitre décrit les infections opportunistes les plus fréquentes.

La toxoplasmose :

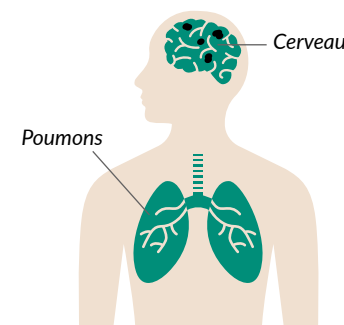
Infection du cerveau liée à un parasite que l'on attrape par les chats ou la viande mal cuite. Elle entraîne des problèmes neurologiques : paralysies et convulsions.

Il existe un traitement, mais le patient peut garder des séquelles définitives (paralysies). Le traitement préventif repose sur le cotrimoxazole (Cotrim®, Bactrim®).

La pneumocystose :

Infection pulmonaire très grave. Elle commence par une toux qui ne passe pas, puis un essoufflement qui s'aggrave. En l'absence de traitement, le patient peut décéder. Cette infection touche avant tout les nourrissons, mais peut survenir à tout âge.

La toxoplasmose et la pneumocystose sont potentiellement mortelles. S'il arrive qu'un.e adolescent.e arrête son traitement ARV, il-elle devrait poursuivre le traitement par cotrimoxazole (Cotrim®), surtout si ses CD4 sont inférieurs à (= en dessous de) 200 CD4/mm³ de sang.



La cryptococcose :

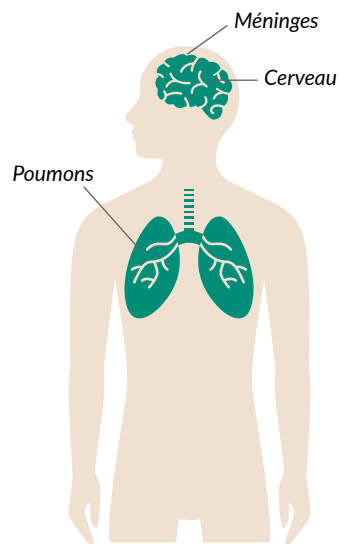
Causée par un champignon microscopique, cette infection touche d'abord le poumon, puis peut passer dans le cerveau : les méninges (= l'enveloppe du cerveau) sont infectées, cela s'appelle une « méningite ». Dans certains cas, l'infection peut être généralisée à tout le corps.

En cas d'atteinte des méninges, la cryptococcose peut entraîner des céphalées (mal à la tête) et des nausées/vomissements. D'autres signes neurologiques peuvent être observés.

Cette maladie peut apparaître si le patient ne prend pas de traitement, mais également lors des premiers mois de prise des ARV (ou lors du passage de la première à la deuxième ligne de traitement) si le traitement est initié alors que les CD4 sont très bas (inférieurs à 100 CD4/mm³).

Il existe un traitement efficace, mais qui est lourd au début (perfusions à l'hôpital pendant deux semaines), cher et rarement accessible.

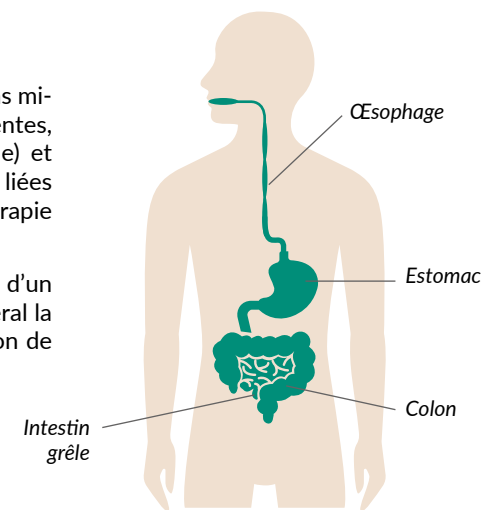
La meilleure prévention est de débiter les ARV assez tôt. En cas de risque, on peut prendre un traitement préventif (à base de fluconazole).



Les diarrhées chroniques :

Causées par des virus ou des champignons microscopiques, ces diarrhées sont fréquentes, invalidantes (= gênent la vie quotidienne) et source de malnutrition. Lorsqu'elles sont liées à une immunodépression sévère, la trithérapie ARV est le meilleur traitement.

La remontée des CD4 et la récupération d'un bon état nutritionnel permettent en général la régression des symptômes (= la disparition de la diarrhée).



L'herpès et le zona :

Ces deux maladies sont causées par des virus (de la famille des herpès virus). Elles peuvent apparaître chez les personnes immunocompétentes (= avec des CD4 élevés). Mais ces virus provoquent des formes plus sévères, étendues et prolongées chez les patients immunodéprimés (= avec des CD4 abaissés).

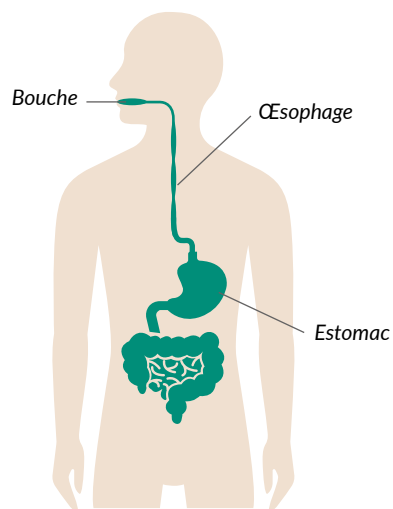
La candidose œsophagienne :

Maladie également due à un champignon microscopique, elle se manifeste par des dépôts blanchâtres dans la bouche et l'œsophage.

La localisation dans l'œsophage entraîne des douleurs à la déglutition (= quand on avale).

C'est une manifestation du stade sida relativement précoce. Elle peut apparaître dès que les CD4 sont inférieurs à 200/mm³.

Le traitement curatif est également basé sur le fluconazole.



Autres manifestations observées lors de l'immunodépression :

- Des infections liées à des bactéries (pneumonie, par exemple) : ces infections peuvent rendre malade une personne avec un bon système immunitaire, mais sont plus fréquentes et plus sévères en cas d'immunodépression.
- Certains cancers peuvent également être observés plus fréquemment en cas d'immunodépression : des lymphomes (cancer du sang) notamment.

Principes de traitement

Le traitement des infections opportunistes repose sur **deux principes** :

- **Un traitement spécifique** (lorsqu'il existe) dirigé contre le microbe qui cause l'infection : par exemple, des antibiotiques si c'est une pneumonie liée à une bactérie ou des médicaments dirigés contre des virus (herpès par exemple) ou des champignons (comme le candida);
- **+ la trithérapie ARV**, qui permettra au corps de se défendre lorsque les CD4 seront à nouveau fonctionnels (= efficaces).

Prévention des IO

Il est possible de prévenir (= éviter) certaines infections opportunistes en prenant un traitement complémentaire au traitement ARV.

De façon courante, on utilise :

Le cotrimoxazole qui prévient de manière efficace la pneumocystose et la toxoplas-mose. Il diminue également le risque d'accès palustre (= paludisme) et certaines diarrhées et infections respiratoires. On peut théoriquement l'arrêter si les CD4 sont supérieurs à $350/\text{mm}^3$ pendant au moins six mois de suite. On peut également continuer le Cotrim[®] s'il est bien toléré.

Le fluconazole : non donné systématiquement, il peut être prescrit si le médecin pense qu'il y a un risque de cryptococcose. Ce traitement peut être arrêté lorsque le nombre de CD4 est suffisamment haut depuis un certain temps.

L'isoniazide : ce traitement sert à prévenir la tuberculose (voir « Les coinfections », p. 30).

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les infections opportunistes (IO) sont des complications très graves de l'infection par le VIH. Elles peuvent entraîner des complications définitives ou la mort.

Elles surviennent lorsque le nombre de lymphocytes CD4 est bas (généralement, inférieur à $200 \text{ CD4}/\text{mm}^3$).

On peut prévenir certaines IO avec des médicaments.

Le meilleur traitement des IO est un traitement ARV efficace.

En cas d'arrêt des ARV par un-e adolescent-e, il faudrait qu'il-elle continue au moins le cotrimoxazole (Cotrim[®]), surtout si le nombre de ses CD4 est bas.

Les coïnfections

Les coïnfections sont des maladies liées à des microbes qui peuvent rendre malade tout le monde. On parle de coïnfection, car le patient est porteur du VIH et d'un autre microbe. Les coïnfections les plus courantes sont la tuberculose et les hépatites virales.

Tuberculose pulmonaire (= tuberculose dans les poumons)

Cette maladie peut toucher les personnes séronégatives, mais elle est plus fréquente et souvent plus grave chez les personnes vivant avec le VIH.

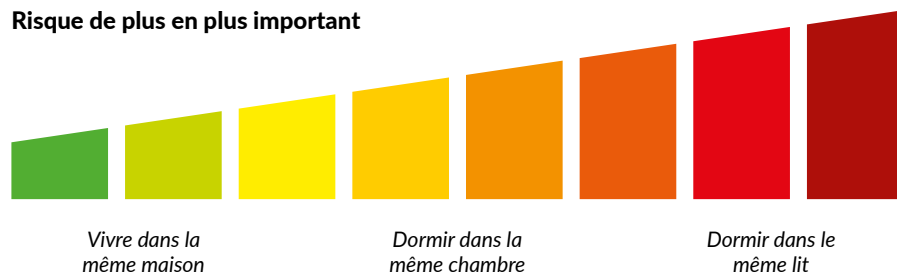
Elle peut toucher tous les organes, mais elle commence généralement par infecter les poumons : c'est la tuberculose pulmonaire.

Les modes de contamination :

Le plus souvent, on l'attrape en vivant dans la même maison qu'une personne souffrant d'une tuberculose pulmonaire et qui ne se soigne pas : lorsque la personne tousse, le microbe flotte dans l'air et peut rentrer dans les poumons des personnes présentes. Ces personnes pourront à leur tour développer une tuberculose pulmonaire. Ce n'est pas obligatoire, mais c'est plus fréquent si on est immunodéprimé.

Plus on est proche de la personne qui souffre de la tuberculose, plus on a des risques d'attraper la maladie.

Risque de plus en plus important



Les symptômes :

On ne peut pas identifier cette maladie uniquement en regardant la personne, mais il existe des signes :

- une **toux** qui dure plus de deux semaines ou qui ne s'améliore pas quand on prend un traitement antibiotique;
- une **fièvre** qui dure, surtout si elle survient le soir et s'accompagne de transpiration la nuit;
- une **perte de poids** inexpliquée;
- une **grande fatigue**.

Attention : certains signes peuvent manquer : il faut y penser dès que l'état de santé diminue (surtout si on prend bien son traitement ARV par ailleurs).

Le diagnostic :

Pour la tuberculose pulmonaire, on réalise une analyse des crachats au laboratoire (il existe des laboratoires spécialisés dans tous les grands hôpitaux en Afrique).

Le traitement :

La plupart du temps, le médecin prescrit un traitement pour six mois. Il faut prendre des comprimés tous les jours, en plus des ARV.

Il est très important de prendre ce traitement correctement et jusqu'au bout (jusqu'à ce que le médecin décide de l'arrêter) :

- si le traitement est bien pris, on guérit de la tuberculose;
- si le traitement est arrêté trop tôt (ou que l'observance est mauvaise), le microbe peut devenir résistant et le traitement est alors beaucoup plus long et compliqué.

La tuberculose extrapulmonaire :

La tuberculose peut se développer dans beaucoup d'endroits dans le corps, surtout quand les CD4 sont bas.

Si la tuberculose n'est pas dans les poumons, on parle de tuberculose extra-pulmonaire. La maladie peut se trouver dans les ganglions, le foie, le rein, le cerveau, etc. Le diagnostic peut alors être plus difficile à faire.

Le traitement est assez proche, mais dure plus longtemps.

Foire aux questions

Comment fait-on pour se protéger de la tuberculose ?

Il existe un vaccin (le BCG), mais il est contre-indiqué chez les personnes infectées par le VIH (il est souvent effectué à la naissance, et les bébés infectés par le VIH sont vaccinés, mais ce n'est pas recommandé).

Il existe aussi un traitement préventif : pour les enfants et les adolescent.e.s vivant avec le VIH, le médecin prescrit un médicament (appelé « isoniazide ») qu'il faut prendre pendant six mois, en plus des ARV et du Cotrim®. L'isoniazide protège de la tuberculose, mais pas de façon définitive, surtout si on se trouve à nouveau en contact avec un malade de la tuberculose.

Est-ce qu'il y a des interactions entre les ARV et le traitement de la tuberculose ?

Malheureusement, oui. Il faut parfois changer le traitement ARV, sinon il perd en efficacité (il devient moins fort). En particulier, on évite la névirapine et les antiprotéases (comme l'atazanavir ou le lopinavir) ou on change les doses.

Pourquoi dit-on que le VIH et la tuberculose sont de bons amis ?

D'une part, le VIH (à cause de l'immunodépression) aide le microbe de la tuberculose à se développer.

D'autre part, le traitement de la tuberculose rend plus compliqué le traitement du VIH.

L'association VIH et tuberculose est une cause importante de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

La tuberculose est une coïnfection fréquente chez les personnes vivant avec le VIH. C'est une cause importante de décès.

Si un.e adolescent.e est en contact avec une personne qui présente des signes de tuberculose (une toux qui dure, par exemple), il faut lui conseiller d'en parler immédiatement au médecin. Évidemment, si une tuberculose est confirmée dans l'entourage, il faut aussi le signaler.

Le traitement de la tuberculose est long (au moins six mois), mais s'il est bien pris, dans la plupart des cas, on guérit.

Le traitement de la tuberculose impose parfois de changer le traitement ARV.

Ce traitement rend plus compliquée la prise des ARV, en raison d'un nombre plus important de comprimés à prendre chaque jour : une personne vivant avec le VIH et traitée pour la tuberculose devra bénéficier d'un soutien renforcé de la part de l'équipe et des pairs éducateur.rice.s (PE).

Hépatite virale B

Cette maladie est causée par le virus de l'hépatite B (VHB). On le trouve dans le sang, les sécrétions sexuelles, le lait maternel et même dans la salive.

Le VHB est très résistant, il peut survivre sept jours en milieu extérieur et résiste à l'alcool. Il est 10 fois plus contagieux que le virus de l'hépatite C (VHC) et 100 fois plus contagieux que le VIH.

Le VHB est très fréquent en Afrique.

Les modes de contamination :

Les modes de contamination sont les mêmes que ceux du VIH (sexuel, sanguin et de la mère à l'enfant). Mais en raison de son pouvoir contagieux plus important, il est possible de se contaminer dans la vie quotidienne. Lors de l'accouchement, le risque de transmission varie de 20 à 80 %, en fonction du niveau de la charge virale du VHB chez la mère. La contamination par l'allaitement est également possible. Si l'enfant est contaminé avant l'âge de 1 an, il développera une hépatite chronique dans 90 % des cas (contre seulement 10 % si la contamination se fait à l'âge adulte).

Les symptômes :

Le plus souvent, il n'y a pas de signe, sauf une fatigue importante et inexplicée. Parfois, le patient fait une jaunisse (un patient sur 10) : il devient jaune. On le remarque facilement au niveau des yeux (et de la paume des mains).

On peut faire une prise de sang pour vérifier si quelqu'un est porteur du VHB. Il existe même un test rapide.

Le traitement :

En cas de coïnfection VIH-VHB, deux ARV sont efficaces pour bloquer la réplication (= multiplication) du VHB : TDF et 3TC/FTC.

Ces traitements entraînent parfois une guérison, mais c'est rare. D'autres traitements existent, mais ils sont peu disponibles en Afrique.

Foire aux questions

Comment fait-on pour se protéger de l'hépatite B ?

En général, en Afrique, les enfants sont vaccinés contre le VHB, mais cette vaccination est moins efficace chez les porteurs du VIH. Pour éviter de se contaminer, il faut utiliser le préservatif lors des relations sexuelles.

Si une personne de l'entourage d'un·e adolescent·e vivant avec le VIH fait une jaunisse ou est connue pour avoir une hépatite B chronique, il est important d'en parler au médecin pour qu'il essaye de protéger l'adolescent·e.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

L'hépatite B est fréquente en Afrique et est très contagieuse.

Elle peut s'attraper au contact d'une personne infectée, dans la vie quotidienne. Mais les modes de contamination sont surtout les relations sexuelles non protégées, le contact avec le sang et la transmission de la mère à l'enfant.

La prévention repose sur la vaccination et l'usage du préservatif lors des relations sexuelles.

Le TDF et le 3TC sont efficaces pour ralentir l'évolution, mais permettent rarement la guérison.

Le VIH et son cycle

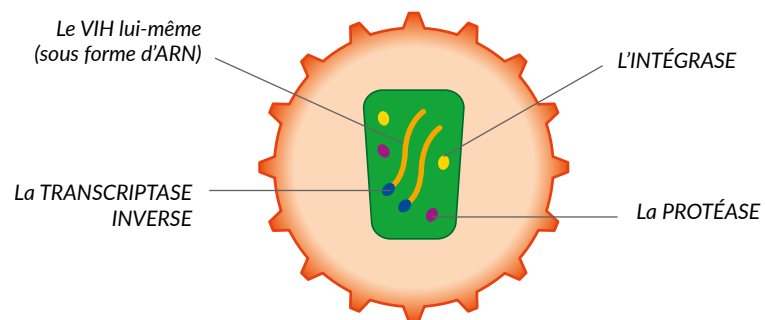
Préambule

Pour comprendre comment agit le traitement ARV, il faut avoir quelques connaissances sur le VIH et sur son cycle, c'est-à-dire les grandes étapes qui lui permettent de se multiplier. Comme c'est un peu compliqué, on va utiliser une comparaison.

Le VIH a un seul but : faire des copies de lui-même (c'est-à-dire se multiplier). Son cycle de multiplication peut être comparé à **un livre que l'on voudrait photocopier**.

Composition du VIH

Plusieurs éléments, appelés « enzymes », sont indispensables au VIH pour se multiplier. On en distingue trois (en plus du brin d'ARN qui constitue le « cœur » du VIH) :



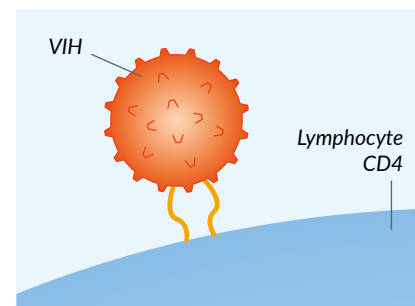
Intérieur du VIH

Si on reprend l'image du livre, le VIH a une enveloppe (la couverture du livre) et des pages à photocopier (ses enzymes et son brin d'ARN).

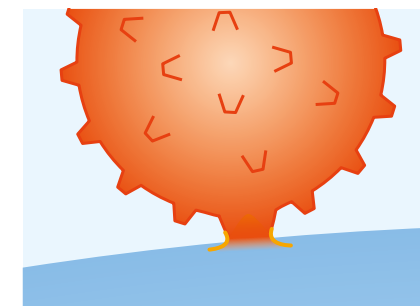
Cycle du VIH

Pour se multiplier, le VIH a besoin d'une cellule (dont il va se servir comme d'une photocopieuse). Le plus souvent, il utilise un globule blanc (le lymphocyte CD4).

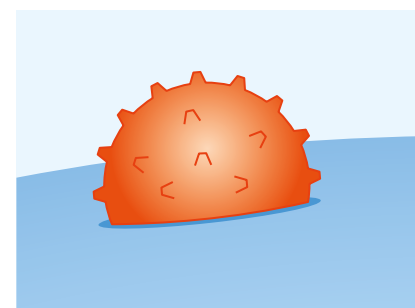
Lorsqu'ils sont proches, le lymphocyte CD4 et le VIH s'attirent.



Le VIH et le récepteur CD4 s'accrochent ensemble.

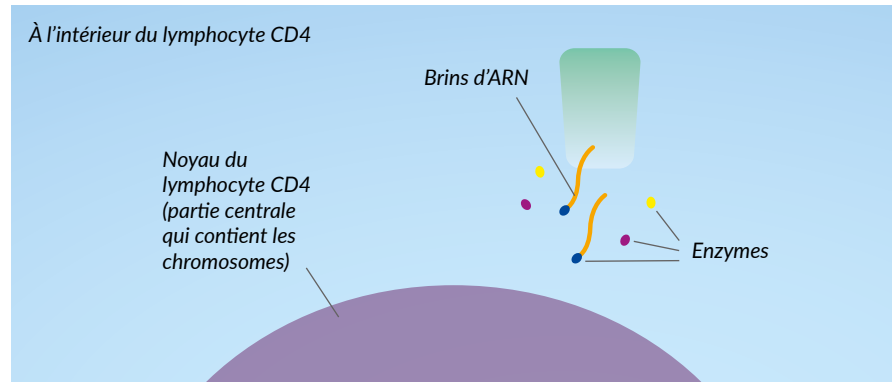


Puis, l'enveloppe du VIH et celle du lymphocyte CD4 fusionnent.



La capsule interne du VIH entre à l'intérieur du lymphocyte : le livre est dans la photocopieuse. Au passage, l'enveloppe externe du virus disparaît (la couverture du livre est retirée, on n'a pas besoin de la copier).

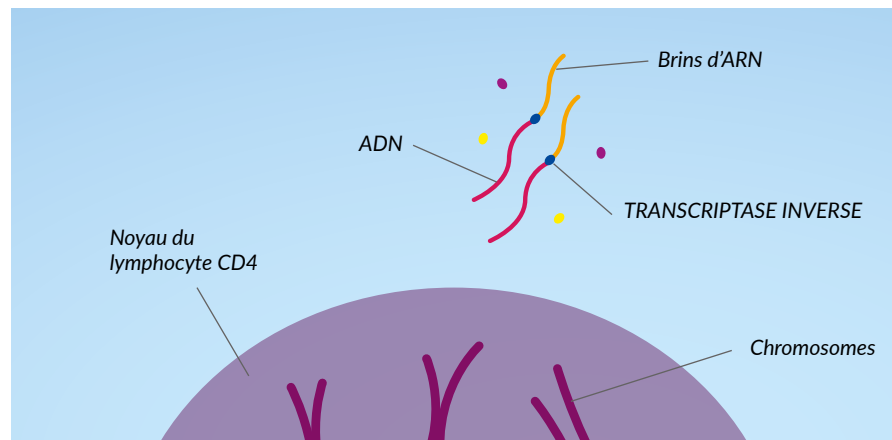
L'enveloppe interne est digérée (c'est plus simple de détacher les pages pour en faire des copies) et **l'intérieur du virus est libéré**, c'est-à-dire les **brins d'ARN** et les **enzymes** qui lui permettront de se multiplier.



Première étape clé : s'adapter à la machine à copier

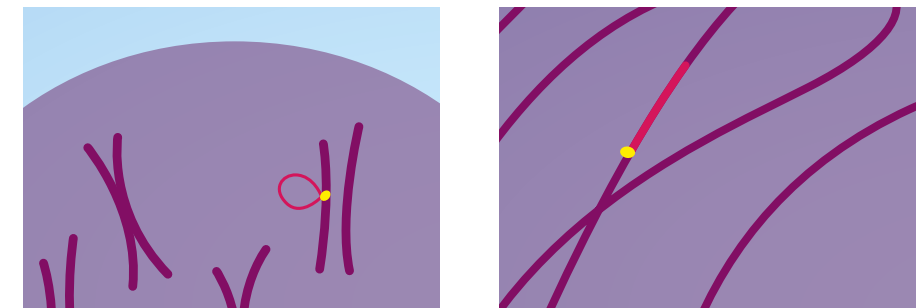
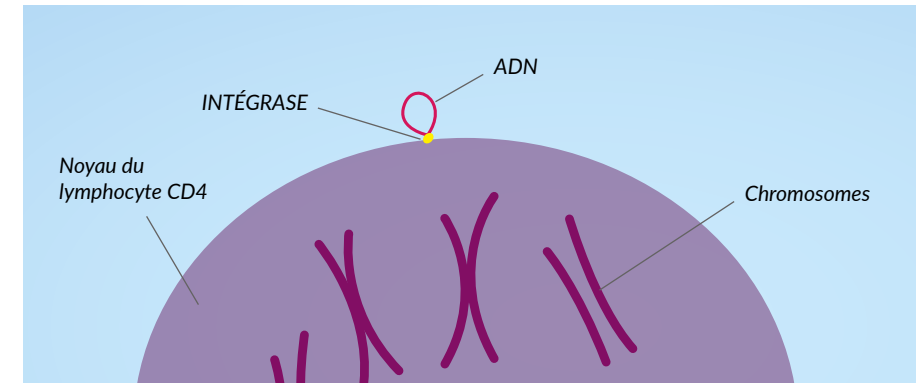
Pour utiliser la photocopieuse (= les chromosomes de la cellule), le VIH doit se transformer afin que la machine puisse le lire. Or le VIH est codé en « ARN » et la photocopieuse (les chromosomes) ne sait lire que l'ADN. Il utilisera donc sa première enzyme.

La **TRANSCRIPTASE INVERSE** commence son travail : elle transforme l'ARN du VIH en ADN. Quand le VIH codé en ARN (en orange sur le dessin) sera transformé en ADN (en rouge), il pourra être lu par la photocopieuse.



Deuxième étape clé : mettre les originaux en place pour réaliser les copies

Maintenant, tout est prêt, les copies peuvent commencer. Le VIH est codé en ADN. Une deuxième enzyme, appelée l'« **INTÉGRASE** » fera entrer cette copie ADN du virus dans le noyau de la cellule, puis l'intégrera dans un chromosome.

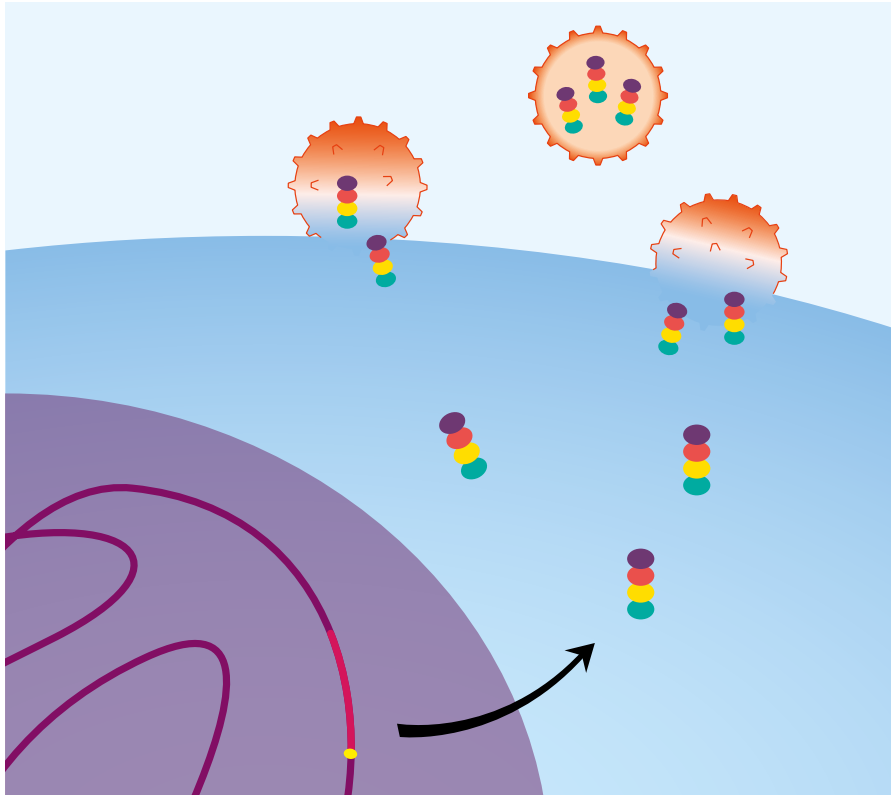


Le VIH peut alors utiliser la cellule pour fabriquer tout ce dont il a besoin pour faire ses copies (donc, se multiplier).

Il produit des messagers, qui fabriqueront les protéines du VIH : ce sont, en quelque sorte, les pièces détachées du VIH, ou les différentes pages du livre que l'on veut copier.

Ces protéines vont se réunir à la surface du lymphocyte CD4 pour constituer un VIH immature (à ce stade, le virus ne peut pas encore aller infecter de nouvelles cellules). C'est comme si on avait toutes les pages du livre, mais pas encore dans l'ordre.

Une fois ces pièces détachées (les polyprotéines) réunies, le VIH utilisera la membrane du lymphocyte CD4 pour constituer (= fabriquer) son enveloppe externe (la couverture du livre, qui avait été éliminée lors de l'entrée dans la cellule).



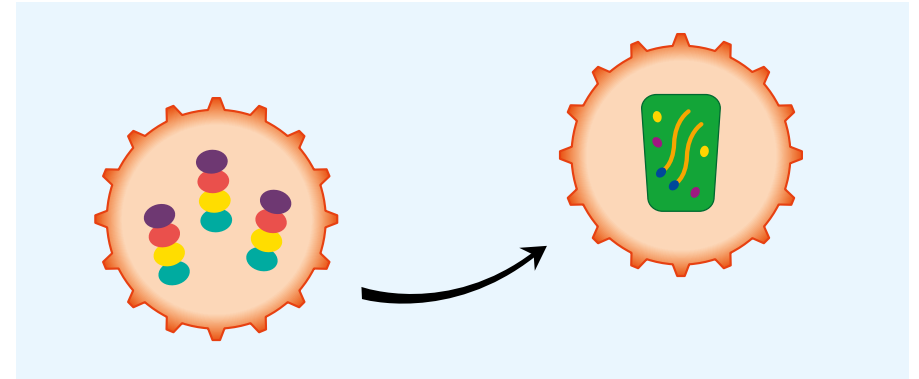
Les virus produits sont maintenant en circulation dans le plasma (dans le sang). Mais les pages du livre sont toujours dans le désordre.

Dernière étape : la maturation ou la remise des pages dans l'ordre, grâce à la protéase

Pour être actives, ces protéines, qui existent sous forme de longues chaînes, devront être coupées par la **PROTÉASE**. Les pages sont mises dans l'ordre, la copie du livre est terminée.

Le virus immature et inactif est transformé en virus mature.

Le cycle est terminé, les VIH produits pourront aller infecter de nouveaux lymphocytes CD4. Ce cycle aura duré entre un et deux jours. Des milliers de copies peuvent ainsi être fabriquées à partir d'un seul virus entré dans la cellule.



En résumé les différentes étapes sont :

1. Accrochage au récepteur CD4.
2. Fusion des membranes (= enveloppe du VIH et membrane du CD4) et entrée du VIH dans la cellule.
3. Transcription (transformation) du VIH grâce à la **TRANSCRIPTASE INVERSE**.
4. Entrée du VIH transformé dans le noyau de la cellule et intégration dans les chromosomes grâce à l'**INTÉGRASE**.
5. Transcription et fabrication des protéines virales (= fabrication du VIH en pièces détachées).
6. Assemblage du VIH.
7. Sortie par bourgeonnement et maturation finale grâce à la **PROTÉASE**.

Les traitements ARV

Mode de fonctionnement

Une fois que l'on a compris le cycle du VIH, on peut comprendre comment fonctionnent les ARV. Leur rôle est d'essayer de bloquer le cycle du VIH à ses différentes étapes, en bloquant une des enzymes. Les ARV sont classés en plusieurs familles, en fonction de l'étape qu'ils peuvent bloquer.

En Afrique, trois grandes familles d'ARV sont disponibles.

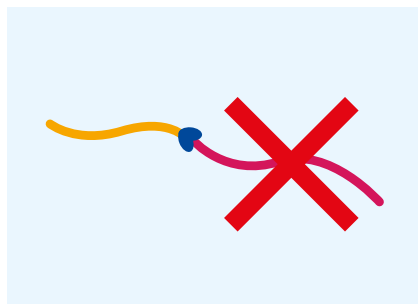
Les inhibiteurs de la transcriptase inverse :

Ces médicaments bloquent la première étape, une fois que le virus est entré dans la cellule. On distingue deux familles :

- **les inhibiteurs nucléosidiques (INTI)** : c'est la première famille découverte (AZT, en 1987). Actuellement, on utilise la **zidovudine (AZT)**, l'**abacavir (ABC)**, le **ténofovir (TDF)** et la **lamivudine (3TC)** ou l'**emtricitabine (FTC)**;
- **les inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI)** : ce sont surtout la **névirapine (NVP)** et l'**efavirenz (EFV)**.

Si leur mode d'action est différent, leur rôle est identique : le VIH ne peut pas transformer son ARN en ADN, ce qui signifie qu'il ne peut pas utiliser la machinerie de la cellule et le cycle est bloqué.

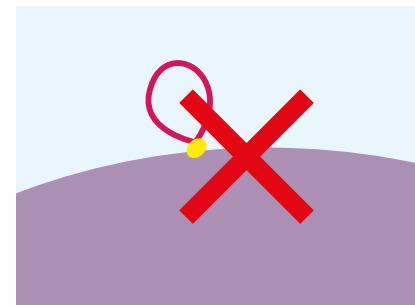
Pour reprendre l'image précédente, la photocopieuse ne saura pas lire l'original et elle ne pourra donc pas le copier.



Les inhibiteurs de l'intégrase (INI) :

Ils bloquent l'étape suivante (au cas où l'étape précédente n'ait pas été bloquée). Ces médicaments sont plus récents. Ce sont surtout le **raltégravir (RAL)** et le **dolutégravir (DTG)**.

En pratique, ces ARV empêchent le VIH d'entrer dans le noyau de la cellule et d'utiliser les chromosomes pour fabriquer de nouveaux virus.



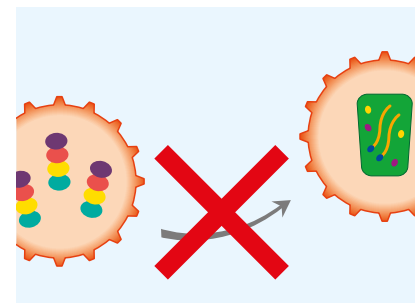
Les pages à copier ne sont pas positionnées dans la photocopieuse, la copie ne peut donc pas démarrer.

Les inhibiteurs de la protéase (IP) :

Ils agissent à la fin du cycle. Le VIH a produit toutes les pièces détachées pour fabriquer de nouveaux virus. Pour que ces virus soient capables d'infecter de nouvelles cellules, une maturation finale, réalisée par la **PROTEASE**, est nécessaire.

En bloquant cette enzyme, les IP empêchent la **PROTEASE** de finaliser les nouveaux virus produits : ces virus ne peuvent donc pas infecter de nouvelles cellules. Les pages du livre restent dans le désordre.

On utilise en général le **lopinavir (LPV)**, l'**atazanavir (ATV)** et le **darunavir (DRV)**.



Pourquoi parle-t-on de trithérapie ?

Une trithérapie signifie que l'on donne au patient trois médicaments en même temps. Parfois, ces trois médicaments sont groupés dans un seul comprimé (Duovir-N, par exemple); parfois, ils sont séparés. Donnés ensemble, ces trois traitements sont puissants, car :

- soit ils bloquent le cycle au même endroit, mais de deux façons différentes : par exemple AZT + 3TC + NVP (Duovir-N);
- soit ils bloquent le cycle à deux endroits différents : par exemple TDF + 3TC + LPV/r (Truvada® + Kaletra®).

L'effet recherché est une action rapide, complète (la charge virale doit devenir indétectable) et qui dure plusieurs années.



Comment prendre les ARV ?

Il faut les prendre tous les jours, à heure fixe. Selon les traitements (protocoles), il faut les prendre une ou deux fois par jour.

Si les traitements sont pris selon la prescription du médecin, ils peuvent bloquer le VIH pendant de nombreuses années. Certains patients prennent des ARV depuis plus de vingt ans et sont toujours en bonne santé.

Il est possible que d'ici à quelques années les traitements soient plus simples à prendre (voir « Les futurs traitements du VIH », p. 52).

Dans tous les cas, il faut prendre le traitement au moins une fois par jour, car les ARV sont assez vite éliminés. Et le VIH en profite pour recommencer à se multiplier si on espère les prises. Dans le futur, on aura sûrement des médicaments que l'on prendra moins souvent.

Foire aux questions

Pourquoi jusqu'à présent il n'existe pas de médicaments efficaces pour tuer le VIH ?

Il faut bien comprendre que le VIH (comme les autres virus) n'est pas vraiment un être vivant : il ne respire pas et il a besoin d'une cellule (le lymphocyte CD4 en général) pour se multiplier. Les traitements ARV ne détruisent pas le VIH : ils bloquent le cycle du virus et l'empêchent de faire des copies.

En même temps, le système immunitaire essaye de détruire et d'éliminer les cellules qui sont infectées par le VIH (= les lymphocytes CD4 qui contiennent des copies du virus sous forme d'ADN ou d'ARN).

Mais le système immunitaire n'est pas capable de terminer le travail : il reste toujours des VIH cachés dans des cellules, dans le corps. Ces virus attendent le moment où la personne arrête de prendre les ARV pour se multiplier à nouveau.

Pour arriver à « tuer le VIH », c'est-à-dire à débarrasser complètement le corps de tous les virus, il faudrait utiliser des médicaments qui détruisent les cellules dans lesquelles se cache le VIH (et uniquement ces cellules) ou renforcer très fortement le système immunitaire pour qu'il arrive à détruire ces mêmes cellules.

Ces méthodes n'existent pas encore, mais ce sont les deux voies sur lesquelles les chercheurs travaillent.

Pourquoi on prend les médicaments tous les jours ?

Quand on avale un médicament, il passe dans le sang et, après un certain temps, il est éliminé, soit par le foie soit par les reins (et parfois par les deux). Il faut alors prendre la dose suivante pour qu'il y ait toujours assez de médicaments dans le sang pour bloquer le virus.

Certains traitements doivent être pris une fois par jour, d'autres deux fois par jour : pourquoi ?

Certains médicaments restent longtemps dans le sang, on peut les prendre une seule fois par jour. C'est le cas du ténofovir ou de l'association TDF-FTC-EFV (Atripla®).

D'autres médicaments sont éliminés plus vite : il faut les prendre deux fois par jour pour qu'il y ait toujours assez de médicament dans le sang pour bloquer le VIH. Par exemple, l'AZT ou le lopinavir (Kaletra®).

Pourquoi doit-on prendre le traitement à des heures précises ? Pourquoi prendre les médicaments toujours aux mêmes heures ?

Prendre son traitement à heure fixe diminue les risques d'oubli. S'il y a un décalage de quelques minutes d'un jour sur l'autre, ce n'est pas grave si la charge virale est indétectable. Par contre, si le VIH est détectable, même à bas niveau (moins de 1 000 copies/ml de sang), il faut essayer d'être le plus précis possible sur les heures de prise.

Peut-on modifier les horaires de prise des médicaments sans l'avis du médecin ?

Il faut toujours conseiller aux ados de demander l'avis du médecin lorsqu'ils veulent changer les conditions des prises (par exemple : prendre un médicament le matin plutôt que le soir ; ou le prendre au coucher plutôt que pendant le repas du soir). Si la vie de l'adolescent-e a changé, le médecin peut modifier les heures (et parfois aussi changer le traitement pour le rendre plus facile à prendre), mais c'est lui qui sait comment prendre le médicament.

Cependant, s'il s'agit uniquement de décaler l'heure de prise pour améliorer l'observance, l'adolescent-e peut le faire et prévenir son médecin lors de la visite suivante.

ARV et oubli d'une prise

Il peut arriver d'oublier de prendre son traitement, de laisser passer l'heure.

Il est alors recommandé de le prendre dès que l'on s'aperçoit de cet oubli. Et de prendre la prise suivante à l'heure habituelle.

Exemple : Une adolescente prend son traitement habituellement à 7 heures et à 19 heures (AZT-3TC + LPV/r, par exemple). Elle oublie un soir sa prise et s'en souvient à 23 heures. Elle doit alors prendre ses comprimés à 23 heures et les reprendre normalement à 7 heures le lendemain.

Cependant, s'il reste moins de six heures avant la prise suivante, il ne faut pas la prendre.

Quand on prend d'habitude un comprimé par jour et qu'on l'a oublié, qu'en est-il si on prend deux comprimés le lendemain ?

Si on a complètement oublié de prendre un comprimé un jour, il ne faut pas prendre deux comprimés le lendemain : il existe un risque de surdosage (plus ou moins grave selon le traitement prescrit).

Exemple : Un adolescent sous TDF-FTC-EFV (Atripla®) a oublié sa prise du soir à 19 heures. Il s'en souvient le lendemain à 14 heures. Dans ce cas, il ne doit pas prendre la prise, car il ne reste que cinq heures avant sa prise habituelle de 19 heures.

Par contre, s'il s'en souvient en se réveillant à 6 heures le matin, il est encore temps de prendre le comprimé de la veille. **Cette pratique est évidemment à éviter.**

Si tu prends les ARV à minuit ou à 1 heure du matin (...) et le même jour tu le prends à 21 heures parce que ce jour tu veux vite dormir, est-ce que tu peux faire un surdosage ?

Non, même s'il faut éviter, il est possible de décaler une prise de quelques heures et de reprendre le rythme habituel le lendemain.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est de prendre une double dose (deux comprimés d'Atripla®, par exemple) parce qu'on a oublié la dose de la veille.

ARV et vomissement

Lorsqu'on est malade, il peut arriver de prendre son traitement et de vomir peu de temps après. Dans certains cas, il faut prendre à nouveau le traitement, dans d'autres, ce n'est pas la peine :

Si le vomissement a lieu dans l'heure qui suit la prise, il est raisonnable de reprendre une prise, en particulier si les comprimés sont encore visibles (dans le vomi).

Si le vomissement a lieu plus d'une heure après la prise des comprimés, ce n'est pas la peine de les prendre à nouveau.

ARV et prise de nourriture

Boire du lait directement après avoir pris les ARV, c'est bon ou mauvais ? Combien de temps faut-il entre la prise de médicament et le repas ?

Boire du lait ne pose pas de problème particulier. La plupart des ARV prescrits en Afrique peuvent **être pris avec ou sans nourriture**.

Cela veut dire que même s'il n'y a pas de nourriture à la maison, l'adolescent.e doit prendre son traitement ARV, ce n'est pas toxique pour lui.

Cependant, il est vrai que certains traitements (le lopinavir, par exemple) sont parfois moins bien tolérés s'ils sont pris avec l'estomac vide.

En cas de doute, il faut demander à son médecin car d'autres traitements doivent être pris à jeun (les médicaments de la tuberculose par exemple).

Peut-on associer les tisanes aux ARV ?

C'est une question délicate, car certaines plantes (contenues dans les tisanes) peuvent avoir des interactions avec les ARV (baisser l'efficacité du traitement).

Là encore, pour être sûr, il faut demander à son médecin si la tisane est compatible avec le traitement ARV qui est prescrit.

ARV et prise d'alcool

La prise de l'alcool est-elle permise pour un séropositif ? Si oui, quel est le délai entre la prise de médicaments et la prise d'alcool ?

On ne dispose pas d'études sur les conséquences d'une prise d'alcool modérée et ponctuelle (une fois de temps en temps) sur l'efficacité du traitement ARV.

Il peut exister des interactions entre la prise d'alcool et certains ARV, car c'est le foie qui les élimine. Les PE ne devraient pas conseiller la prise d'alcool, mais il n'est pas forcément nécessaire de recommander une abstinence totale (les ados risquent de ne pas écouter les PE si les conseils sont trop stricts).

ARV et effets secondaires (ou indésirables)

Les comprimés ARV que je prends tous les jours ne vont-ils pas me causer d'autres problèmes ?

Il n'est pas impossible que le traitement ARV produise des effets secondaires, soit rapidement soit après plusieurs années.

Un effet secondaire signifie que le médicament entraîne des symptômes non recherchés. On parle aussi d'effets indésirables.

Les effets secondaires peuvent être, par exemple, des boutons sur tout le corps (allergie) qui peuvent apparaître avec la névirapine ou une anémie (qui peut provoquer un ralentissement de la fabrication des globules rouges, une grosse fatigue, un essoufflement et (au pire) un risque pour le cœur) qui peut arriver avec la prise d'AZT.

Certains sont fréquents, d'autres rares :

- les effets secondaires fréquents sont observés ou rapportés par une proportion importante de patients. Ils sont en général bénins (pas graves), transitoires (ils passent rapidement) et/ou acceptables. Sinon, le médicament n'est pas autorisé à être mis sur le marché ;
- les effets secondaires rares peuvent être graves. Ils peuvent contre-indiquer (interdire) de manière définitive la prise du médicament en cause.

En cas de symptôme qui ne semble pas habituel, il faut en parler avec le médecin qui pourra alors évaluer si c'est un effet secondaire et, au besoin, changer de traitement. C'est le médecin qui décide. Il ne faut pas arrêter son traitement sans lui en parler, sauf si les signes sont sévères : dans ce cas, il faut consulter en urgence.

Pourquoi quand je prends les médicaments j'ai des vertiges ?

Cet effet secondaire (indésirable) est assez souvent rencontré avec l'EFV, surtout en début de traitement. C'est pour cela que l'on conseille de prendre l'EFV au coucher. Si cet effet est trop gênant, le médecin peut remplacer ce médicament par un autre.

Attention : l'EFV est contenu dans l'Atripla®, donc, si on a des vertiges avec ce traitement, on peut le prendre plus tard, avant d'aller dormir.

Pourquoi quand je prends les médicaments je ne dors pas ?

Cet effet secondaire est plus rarement rencontré avec les ARV. Cependant, chaque patient réagit à sa façon lorsqu'il prend des médicaments. Si cela arrive, il faut en parler au médecin pour qu'il adapte le traitement.

Les jeunes et même les adultes qui prennent l'Atripla® ont souvent de l'anémie, est-ce que c'est à cause de ce médicament ?

Non, ce n'est pas ce médicament qui est en cause. L'anémie est parfois causée par l'AZT (il faut alors changer ce médicament). Le cotrimoxazole (Cotrim®, Bactrim®) peut également entraîner une anémie (dans ce cas on peut réduire la dose, le remplacer par un autre ou l'arrêter, mais c'est au médecin de décider).

Il existe bien d'autres causes à l'anémie : la malnutrition, les crises de paludisme, certaines maladies du sang (drépanocytose, etc.). Mais l'Atripla® n'est pas en cause.

J'ai grandi en apprenant que lorsqu'on a pris des ARV pendant une longue période, on devient stérile, est-ce vrai ?

Non, ceci est totalement faux. Les ARV ne rendent pas stérile.

Si un adolescent ou une adolescente nous rapporte un effet secondaire, que faut-il lui dire ?

Il faut lui conseiller d'en parler au plus vite au médecin.

En effet :

- Dans certains cas, il faut arrêter tout de suite le traitement (c'est rare, mais ça peut arriver).

Exemple : En cas de réaction allergique sévère.

- Dans d'autres cas, il s'agit bien d'un effet secondaire, mais qui passe rapidement ou avec l'aide d'un petit traitement complémentaire.

Exemple : Une sensation de vertige pendant les premiers jours au début d'un traitement par l'efavirenz.

- Enfin, il peut s'agir aussi d'une maladie qui n'est pas en rapport avec le traitement (donc ce n'est pas un effet secondaire et il ne faut pas arrêter les ARV, mais plutôt prendre un traitement pour cette autre maladie).

Exemple : Une pneumonie à pneumocoque qui arrive dans les jours qui suivent le début d'un traitement ARV. Dans ce cas, il faut prendre des antibiotiques et continuer les ARV.

Quand un-e adolescent-e vous signale des signes qui ressemblent à un effet secondaire, même s'il vous est déjà arrivé la même chose, ne lui donnez pas directement des conseils : il faut toujours lui conseiller d'en parler au médecin.

Si on est fatigué de prendre les ARV, est-ce qu'à un moment on peut arrêter de les prendre ?

Il faut bien distinguer deux choses :

- être fatigué de prendre les ARV ;
- être fatigué quand on prend les ARV (ou plus fatigué).

Être fatigué de prendre les ARV arrive à tous ceux qui les prennent :

- Ce n'est pas facile d'avaler des comprimés tous les jours. Si un-e ado vous dit qu'il-elle est fatigué-e de boire ses médicaments, il faut prendre le temps de lui parler, d'essayer de comprendre ce qui se passe dans sa vie, s'il y a d'autres problèmes et voir si on peut lui apporter un soutien.
- Ensuite, il faut essayer de le-la motiver à nouveau à bien prendre son traitement. Par exemple, en lui disant que des nouveaux traitements vont arriver, qu'il sera sans doute possible un jour de guérir du VIH. Et qu'il faut tout faire pour rester en bonne santé jusqu'à ce moment-là.

Être fatigué par les ARV est également possible :

Exemple : Si une personne prend de l'AZT, elle peut développer une anémie (manque de globules rouges). Elle se sentira fatiguée, et il sera important de soigner son anémie.

Parfois aussi, la fatigue n'est pas liée au traitement ARV, mais à une autre cause : échec du traitement, une autre infection (tuberculose, par exemple) ou une baisse du moral (dépression).

Dans tous les cas, il est important d'en parler à l'équipe, car un-e ado qui déclare être fatigué-e de prendre les ARV (ou d'être fatigué-e par les ARV) est souvent moins observant-e.

Est-il possible de prendre ses médicaments le soir et de jeuner le lendemain ?

Concernant le jeûne du ramadan, peu d'études sont disponibles. Pour les patients qui prennent les ARV une seule fois par jour (Atripla®, par exemple), si l'observance reste bonne, il semble qu'il n'y a pas de conséquence.

Cependant, la pratique du jeûne doit être évitée si le patient souffre de problème nutritionnel ou d'une maladie associée.

Comment faire si on ne veut plus prendre les médicaments ? Peut-on arrêter un moment le traitement ?

Des études ont montré que lorsqu'on arrête de prendre le traitement, le VIH recommence à se multiplier très vite : la charge virale redevient détectable. Puis, le nombre de CD4 baisse. Finalement, on tombe (parfois gravement) malade.

Tout ceci ne se passe pas en quelques jours : pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, on peut se sentir très bien même si on ne prend pas ses traitements.

Mais il se passe des choses dans le corps et parfois le VIH devient résistant aux ARV. Il est donc dangereux d'arrêter de prendre les médicaments.

Si un·e ado vous signale un arrêt volontaire de traitement, il faut renforcer le soutien pour qu'il·elle le reprenne et vous devez en parler à l'équipe.

Les futurs traitements du VIH

Est-il possible de revoir la forme galénique des médicaments ? Existe-t-il de nouveaux traitements qui sont plus faciles à prendre ? Pourquoi on ne peut pas prendre les ARV une fois par semaine et/ou par mois ?

Depuis le début de l'épidémie de VIH, les chercheurs ont trouvé beaucoup de médicaments pour bloquer le virus.

Les médicaments prescrits aujourd'hui sont plus efficaces (plus puissants), mieux tolérés (moins d'effets secondaires) et plus faciles à prendre que les premiers traitements.

Les recherches sur la galénique (= la présentation des médicaments, la taille des comprimés, le temps qu'ils restent dans le sang, etc.) continuent. Par exemple, on dispose actuellement de nouvelles formes de lopinavir qui sont plus faciles à prendre pour les jeunes enfants.

Et les chercheurs essayent de trouver des médicaments qui restent longtemps dans le sang (et que l'on pourra prendre une fois par semaine, par exemple).

Dans les autres pays, les ARV existent sous forme injectable. Pour nous ça arrivera quand ?

Les ARV injectables existent effectivement. Mais seulement dans le cadre de protocoles de recherche. On espère qu'ils pourront être disponibles pour les patients d'ici à quelques mois en Europe et un peu plus tard en Afrique.

Avec cette nouvelle combinaison d'ARV, au lieu de prendre des comprimés tous les jours, on pourra choisir de recevoir une piqûre tous les mois ou tous les deux mois.

Mais d'ici là de nouveaux médicaments seront disponibles en Afrique :

Par exemple, le dolutégravir est un médicament très fort, mais pourtant bien toléré (en général). Il devrait être bientôt proposé en priorité à la place des traitements actuels.

Pour pouvoir bénéficier de tous ces progrès, pour avoir la possibilité d'en profiter un jour, il faut absolument continuer à prendre régulièrement les ARV prescrits par le médecin. En effet, plus le VIH est résistant, plus il est difficile de bénéficier des futurs traitements (comme les injectables, par exemple).

Est-ce vrai que le traitement doit être pris à vie ou c'est seulement en Afrique ? Les blancs ont-ils déjà trouvé un médicament pour guérir qu'ils nous cachent ?

Non, pour le moment, le médicament pour guérir du VIH n'existe pas. On sait que l'on peut bloquer le VIH pendant des dizaines d'années, mais on ne sait pas l'éliminer (le faire disparaître) du corps.

Y aura-t-il un moment où on pourra arrêter de prendre les ARV ? Est-il possible qu'on trouve un traitement définitif au VIH ? Pourra-t-on en guérir un jour ?

C'est une possibilité. Des progrès récents laissent penser que l'on pourrait arriver un jour à guérir complètement du VIH. Il faudra encore beaucoup de recherches, mais il est possible que les ados d'aujourd'hui puissent bénéficier un jour d'un traitement pour guérir de leur maladie.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

La trithérapie est une association de trois médicaments ARV qui bloquent le VIH de deux façons différentes ou à deux étapes de son cycle (au moins).

Cette association a prouvé son efficacité, c'est pour cela que le médecin l'a choisie.

Il faut toujours prendre tous les comprimés prescrits : prendre ABC + 3TC et ne pas prendre efavirenz, par exemple, est une grosse erreur.

Certains ARV peuvent entraîner des effets secondaires (ou indésirables) : dans ce cas, il faut en parler au médecin, qui essayera de résoudre le problème.

Parfois, les activités des adolescent·e·s changent et les horaires ne sont plus adaptés. Dans ce cas, le médecin peut changer les horaires et parfois le traitement.

Il peut arriver qu'on oublie de prendre une prise : dans ce cas, il faut prendre le médicament dès que l'on s'en souvient, sauf si on est proche de l'heure de la prise suivante.

Si un·e adolescent·e dit qu'il·elle est fatigué·e par les ARV, il faut rapidement en parler à l'équipe. Le·la PE peut par ailleurs soutenir l'ado en lui disant que de nouveaux traitements (plus forts et plus faciles à prendre) vont arriver.

Il est important de bien prendre son traitement pour ne pas devenir résistant : les nouveaux traitements (comme les ARV injectables) ne pourront pas être proposés aux ados qui ont déjà un VIH multirésistant.

Le suivi clinique et bio-immunovirologique

Vivre avec le VIH impose de prendre des médicaments tous les jours, de venir fréquemment au centre de prise en charge et de subir régulièrement des prises de sang.

Certain·e·s adolescent·e·s n'aiment pas venir voir le médecin, ce sont les parents qui prennent les médicaments pour eux·elles.

D'autres ados, au contraire, viennent seuls, sans être accompagnés par leurs parents ou leur tuteur.

En tant que PE, il faut comprendre l'importance du suivi et pouvoir l'expliquer aux ados et à leurs parents.

En quoi consiste le suivi clinique ?

Dans une équipe de prise en charge, les rôles sont répartis entre différentes personnes. Chaque prestataire s'occupera d'une partie du suivi du patient. Ces personnes communiqueront entre elles en cas de problème :

Le médecin (parfois l'assistant médical ou l'infirmière) :

- interroge sur les aspects médicaux, examine le patient en cas de maladie. S'il n'y a pas de plainte de la part du patient, il lui pose des questions pour vérifier que tout va bien ;
- surveille la bonne croissance de l'enfant/ado et adapte les doses d'ARV au poids du patient ;
- donne régulièrement des informations sur l'évolution de la maladie ;
- interroge sur les prises de traitement. En cas de mauvaise observance, il peut référer vers le conseiller ou l'éducateur thérapeutique.

Le conseiller ou l'éducateur thérapeutique :

- donne des explications sur la maladie et les traitements ;
- soutient l'observance en aidant le patient (et sa famille) à mettre en place des stratégies pour ne pas manquer les prises des ARV.

Le psychologue :

- ne voit généralement pas tous les patients, seulement ceux qui lui sont adressés par une personne de l'équipe;
- peut questionner sur les difficultés de vivre avec le VIH, prendre en charge un patient qui présente des idées noires, une dépression ou une grande anxiété.

La sage-femme :

- donne des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction;
- peut conseiller les adolescentes sur le choix d'une méthode contraceptive.

Le laborantin :

- réalise les prises de sang prescrites par le soignant;
- s'occupe des prélèvements sanguins (sur place ou en les envoyant dans un autre laboratoire).

Il est donc important que l'adolescent·e soit présent·e aux rendez-vous : pour bénéficier d'évaluations (médicales, psychologiques, etc.) régulières et recevoir des informations qui l'aident progressivement à comprendre sa maladie et à être de plus en plus autonome (voir « L'annonce du diagnostic », p. 104).

Dans le même temps, il faut que le parent ou le tuteur soit également présent pour montrer à l'ado qu'il s'intéresse à sa maladie; et pour recevoir des informations de la part de l'équipe afin de mieux soutenir son enfant.

Le·la PE peut aider l'équipe à expliquer à l'ado et à ses parents l'intérêt du suivi.

En quoi consiste le suivi biologique ?

Le suivi biologique est lui aussi très important. Lors des prises de sang (ou une analyse d'urine), le médecin peut chercher :

- S'il existe une autre infection

Il peut s'agir, par exemple :

- d'une infection associée (paludisme);
- d'une coïnfection (tuberculose, hépatite);
- d'une infection opportuniste (cryptococcose, par exemple).

Les examens aident le médecin à faire le diagnostic.

- Si le traitement est bien supporté

Il est possible, grâce à ces examens, de vérifier que le traitement ARV n'est pas toxique pour les globules rouges, les globules blancs, le foie ou les reins, par exemple.

Cette recherche n'est pas toujours systématique (cela dépend des pays) : le médecin peut demander des examens s'il pense qu'il y a peut-être un problème (manque de globules rouges, inflammation du foie, etc.)

- Si le traitement est efficace

Lorsque l'on prend correctement sa trithérapie et que le traitement marche bien, on s'attend à ce que la charge virale devienne indétectable et que le nombre de lymphocytes CD4 remonte.

Désormais, dans la plupart des pays, on contrôle la charge virale une à deux fois par an, en routine. Le comptage des lymphocytes CD4 est devenu plus rare (voir « Les CD4, c'est quoi ? », p. 58 et « La charge virale, c'est quoi ? », p. 62).

Lorsque le médecin prescrit un bilan, il est important pour le·la PE d'encourager l'ado à le faire, même s'il·elle n'aime pas les prises de sang.

Plus généralement, lorsqu'un·e adolescent·e ne vient pas personnellement aux rendez-vous, le·la PE doit chercher des arguments pour le·la convaincre.



Les CD4, c'est quoi ?

Quand on parle de CD4, cela peut vouloir dire plusieurs choses.

Le récepteur CD4 : c'est une partie de certaines cellules immunitaires (les cellules qui nous défendent contre les microbes). Ce récepteur est situé à la surface de ces cellules et il attire le VIH : c'est grâce au récepteur CD4 que le VIH peut s'accrocher (se coller) à la cellule et y entrer (voir « *Le VIH et son cycle* », p. 36).

Le lymphocyte CD4 : on appelle ainsi certains globules blancs qui nous défendent contre les infections. Son vrai nom est le lymphocyte T4 ou lymphocyte auxiliaire, mais il est souvent appelé « lymphocyte CD4 » ou « CD4 », car il porte le récepteur CD4 à sa surface.

Le comptage (ou dosage) des CD4 : cet examen de laboratoire mesure si les défenses immunitaires marchent bien ou pas. Cela consiste à mettre un échantillon de sang dans une machine qui comptera le nombre de lymphocytes CD4. On dit parfois que l'on « dose les CD4 ».

Comprendre le résultat d'un comptage des lymphocytes CD4 :

Il existe deux sortes de résultats (qui dépendent des machines utilisées) :

- Le résultat en valeur absolue : c'est le nombre de lymphocytes CD4 dans 1 millimètre cube de sang. Par exemple : 562 CD4/mm³.
- Le résultat en pourcentage : c'est la proportion de lymphocytes CD4 parmi tous les lymphocytes. Par exemple : 18 %.

Le résultat en valeur absolue est généralement utilisé pour les ados. On distingue plusieurs seuils (= niveaux).

> 500
lymphocytes CD4/mm³

Tout va bien, les défenses immunitaires sont bonnes.

Entre 350 et 500
lymphocytes CD4/mm³

Immunodépression légère.

Entre 200 et 350
lymphocytes CD4/mm³

Immunodépression modérée : le risque d'infection sévère augmente.

Moins de 200
lymphocytes CD4/mm³

Immunodépression profonde : une infection opportuniste (IO) peut se déclencher.

Moins de 100
lymphocytes CD4/mm³

Immunodépression très profonde : une IO grave peut survenir à tout moment.

Le résultat en pourcentage est surtout utilisé pour les enfants de moins de 5 ans. Il est plus précis que le nombre absolu, qui peut varier pour plusieurs raisons (voir « Foire aux questions », p. 60).

Le résultat en pourcentage varie moins, il donne donc une information complémentaire intéressante. Généralement :

- un pourcentage > 29 % équivaut à une valeur absolue > 500 CD4/mm³ : tout va bien.
- un pourcentage < 15 % équivaut à une valeur absolue < 200 CD4/mm³ : il faut faire très attention.

Ces résultats sont parfois dissociés (le pourcentage est bas alors que la valeur absolue reste correcte ou l'inverse) et c'est au médecin d'analyser la situation.

Foire aux questions

Pourquoi il n'y a pas de réactifs en grande quantité dans nos hôpitaux ou les centres de soin ? Pourquoi les examens des CD4 sont-ils coûteux et payants ?

Les programmes nationaux donnent priorité à l'examen de la charge virale depuis 2016. C'est une bonne chose, mais doser les CD4 reste utile. En particulier, il serait intéressant de doser les CD4 en début de traitement et en cas d'échec virologique (lorsque la charge virale s'élève).

Mais actuellement il faut souvent payer cet examen dans un laboratoire privé. Cela explique pourquoi cet examen est coûteux dans certains pays. Il faut espérer que cette situation changera bientôt.

Mes CD4 baissent depuis deux ans alors que je suis observant. Pourquoi ?

Cela peut constituer une alerte. En effet, le VIH peut rapidement devenir résistant lors d'une période de mauvaise observance. Sur le moment, il ne se passe apparemment rien (on ne tombe pas malade). Mais le VIH résistant peut être capable de se multiplier même quand on redevient bien observant. Après un certain temps, le nombre de CD4 baisse. Dans ce cas, il faut faire une mesure de la charge virale. Si la charge virale est indétectable, il ne faut pas s'inquiéter. Si elle est élevée, il faut probablement changer de traitement (c'est le médecin qui décidera).

Si la charge virale n'est pas disponible et que les CD4 baissent alors que l'on prend bien son traitement, il faut changer le traitement ARV avant que les CD4 soient trop bas.

En ayant une charge virale indétectable et étant observant aux traitements, qu'est-ce qui peut faire baisser les CD4 ?

Il faut savoir que le résultat de cet examen peut varier (= le résultat est plus élevé ou plus bas) :

- au cours de la journée (selon l'heure de la prise de sang et selon si le patient est à jeun ou pas);
- si le patient est malade (infection aiguë telle qu'une grippe) lors de la prise de sang (les CD4 peuvent augmenter ou diminuer selon la maladie en cause);

- si le tube de sang n'est pas bien conservé et que l'examen est fait le lendemain de la prise de sang.

Donc, si le nombre de CD4 baisse :

- il faut vérifier qu'il n'y a pas eu de problème au laboratoire, que le patient n'était pas malade au moment de l'examen;
- on peut refaire un examen si on a un doute.

Cependant, si la charge virale reste indétectable, c'est rassurant. Sauf si on a une coïnfection par le VIH-2. Dans ce cas, le traitement peut être efficace sur le VIH-1, mais pas sur le VIH-2. C'est au médecin d'analyser la situation.

Peut-on bien prendre son traitement et avoir malgré tout un nombre de CD4 qui n'augmente pas ?

Il faut distinguer deux situations :

1. Le traitement a été commencé alors que le nombre de CD4 était très bas. Même si le traitement est efficace (la charge virale devient indétectable), les CD4 peuvent beaucoup tarder avant de remonter. Et rester assez bas. À partir du moment où ils sont au-dessus de 200 CD4/mm³, on considère qu'il n'y a plus de risque important d'infection opportuniste.

2. Le traitement est bien pris, mais la charge virale reste détectable. Dans ce cas, le traitement ne marche pas bien : c'est pour cela que le nombre de CD4 n'augmente pas. Le médecin doit changer le traitement.

La charge virale, c'est quoi ?

C'est la mesure du nombre de virus dans le sang (= de VIH dans le sang). Cet examen permet de surveiller si le traitement ARV est efficace ou pas. Bien entendu, il faut que ce traitement soit pris par le patient pendant plusieurs mois avant de pouvoir interpréter le résultat. En pratique, on attend six mois avant de faire la première charge virale (CV).

Comment peut-on mesurer la CV ?

On peut doser la charge virale dans différents liquides biologiques (sang, sécrétions sexuelles, lait maternel, etc.). Le plus souvent, on la dose dans le plasma (un composant du sang). Le patient doit donc faire une prise de sang. Ce prélèvement sanguin est ensuite envoyé dans un laboratoire spécialement équipé pour mesurer la CV.

Actuellement, il existe plusieurs sortes de machines. Les grosses machines peuvent réaliser beaucoup d'examens, mais on ne peut les installer que dans des grands laboratoires, situés dans les villes importantes (souvent la capitale du pays). Le résultat revient parfois après plusieurs semaines.

Il existe aussi des machines plus petites, qui donnent le résultat en deux heures. Elles sont appelées les machines « Point of Care » (« le lieu du soin »), car elles sont dans les hôpitaux où sont soignés les patients.

De plus en plus de fabricants proposent ces machines qui devraient faciliter l'accès à la CV pour les malades, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH, mais aussi pour celles atteintes d'autres maladies.

Le GeneXpert, par exemple, servait initialement (= au début, quand la machine a été mise sur le marché) au diagnostic de la tuberculose. À présent, on peut l'utiliser pour la CV du VIH et le diagnostic précoce des bébés, ainsi que le suivi d'autres maladies (hépatites virales, par exemple).

Ces machines sont encore peu utilisées pour la CV, mais de plus en plus de pays envisagent d'en installer dans les sites où l'accès à la CV est limité (ou absent), ce qui facilitera l'accès à cet examen pour les ados qui vivent en province.



La charge virale : comprendre les résultats

Lorsque le laboratoire donne le résultat de la CV, il y a deux possibilités :

→ CV indétectable = CV < 20 copies/ml (parfois 50, selon la machine);

→ CV = X copies (X étant le nombre de copies du VIH que la machine a trouvé dans 1 ml de plasma).

Si X est au-dessous de 1 000 (< 1 000) : il faut être vigilant, mais on ne parle pas encore d'échec.

Si X est au-dessus de 1 000 (> 1 000) : on parle d'« échec virologique ». Par définition :

- si c'est la première fois que la CV est > 1000, on parle de « rebond virologique »;

- si c'est la deuxième fois (ou plus), on parle d'« échec virologique ».

Une CV détectable, mais < 1 000 copies, est-ce grave ?

C'est préoccupant, mais cela dépend un peu des situations.

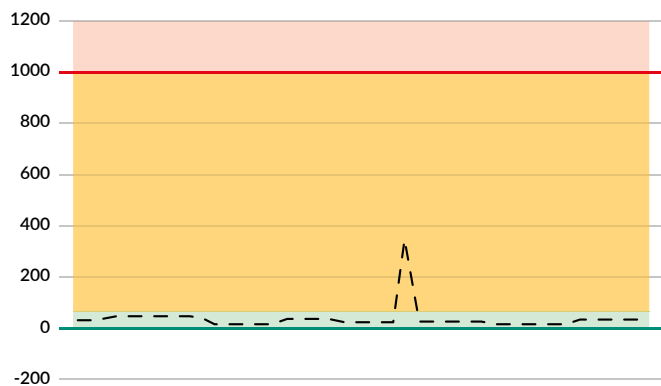
Une CV < 1 000 copies/ml signifie que le VIH réplique (= se multiplie).

On distingue 2 situations :

Premier cas : Cette situation est de courte durée

Lorsque l'on refait une CV, le résultat est à nouveau indétectable. On parle de « blip ».

Exemple de BLIP :



Les causes sont multiples : manque de quelques doses d'ARV, dose insuffisante ou interactions médicamenteuses de courte durée, infection aiguë.

Les conséquences sont généralement minimales : pas d'impact clinique (on ne tombe pas malade) ni immunologique (les CD4 ne chutent pas), et risque de mutation du virus très faible (le VIH ne devient généralement pas résistant).

Deuxième cas : Cette situation se prolonge et se répète

Lors de la CV de contrôle, le résultat est toujours détectable, mais il reste inférieur à 1 000 copies/ml.

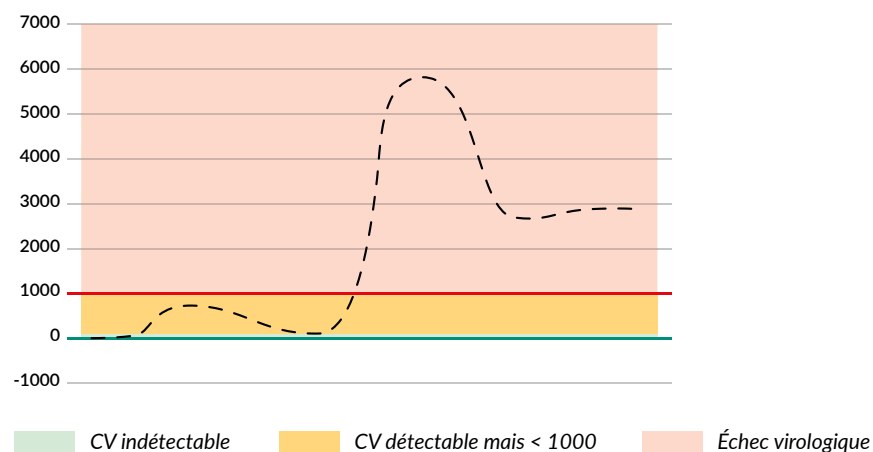
- Les causes peuvent être : observance insuffisante prolongée ou début de résistance.

- Les conséquences : pas d'impact clinique ni immunologique, mais le risque de mutation apparaît et augmente avec le temps (plus cette situation se prolonge, plus le risque augmente).

L'observation de certaines files actives (nombre de patients pris en charge) a montré que 15 à 20% des patients (soit un patient sur 5 ou 6) qui présentent une CV détectable < 1 000 copies évoluent vers l'échec virologique (la CV augmente à plus de 1 000 copies/ml, dans les 12 mois qui suivent).

Quand on a plus de 1 000 copies/ml : c'est grave !

Échec virologique :



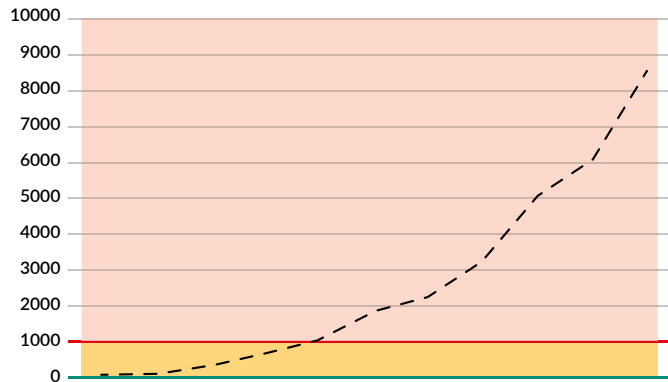
Quand on a une CV > 1000 copies/ml, faut-il toujours changer de traitement ?

Non, pas forcément : il faut d'abord comprendre pourquoi la CV est détectable. Plusieurs causes sont possibles.

1. L'adolescent-e a arrêté de prendre son traitement

Assez rapidement (au bout de quelques jours), la CV devient détectable, puis augmente. Le VIH peut à nouveau se multiplier puisque les ARV ne sont plus dans le corps pour le bloquer. Au début, la CV se situe entre 1000 et 20000 copies/ml.

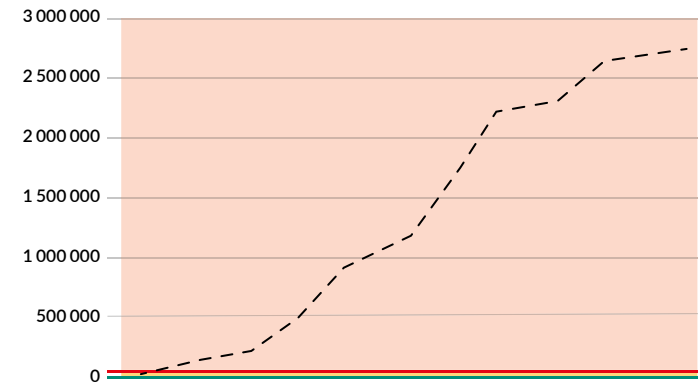
Arrêt traitement ARV, premières semaines :



Après quelques mois, la CV peut atteindre des niveaux très élevés : jusqu'à plusieurs millions de copies/ml dans certains cas. Dans ce cas, on observe généralement une chute rapide des CD4.

Plus cette situation dure longtemps, plus le risque de voir chuter les CD4 et apparaître des infections opportunistes est élevé.

Arrêt traitement ARV, après quelques mois :



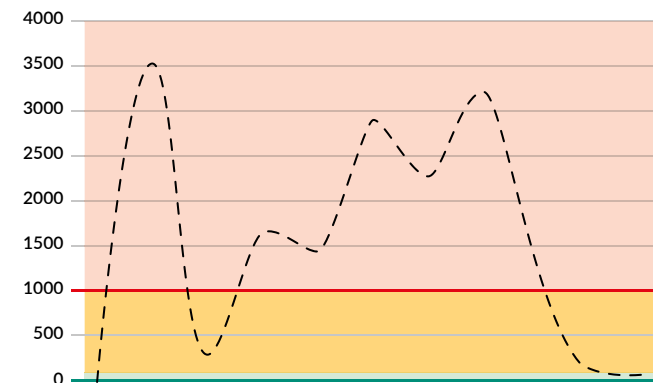
2. L'adolescent-e prend son traitement de façon irrégulière

Dans ce cas, il n'y a pas assez d'ARV dans le sang et le traitement n'est plus assez puissant pour bloquer la réplication du VIH : la CV devient détectable.

Mais elle reste à un niveau plus bas que lors d'un arrêt complet de prise de traitement.

Si cette situation est de courte durée (l'observance est à nouveau bonne après quelques jours à quelques semaines), la charge virale peut redevenir indétectable : le VIH est resté sensible au traitement, mais ce n'est pas toujours le cas (*voir paragraphe suivant*).

Observance insuffisante et irrégulière :



Il faut évidemment éviter de recommencer à manquer des prises.

NB : On peut aussi observer cette situation lors d'un sous-dosage. Par exemple, si l'adolescent-e reçoit un dosage pédiatrique parce qu'il-elle pèse 24 kg et que la dose n'est pas augmentée lorsqu'il-elle atteint 25 kg, il existe un risque de réplication du VIH (mais à un faible niveau).

3. L'adolescent-e est devenu-e résistant-e à son traitement

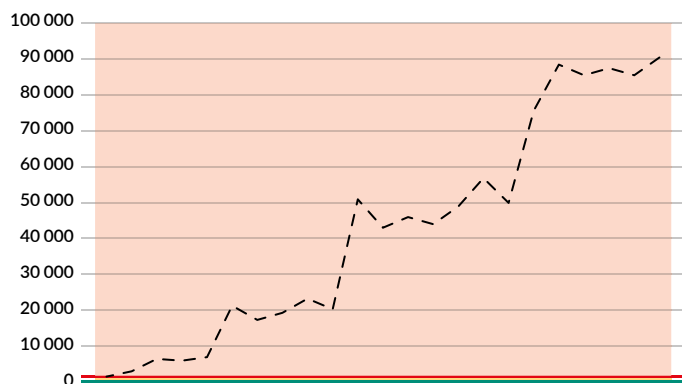
C'est la situation que tout le monde redoute. Elle survient en général lors d'une mauvaise observance prolongée (l'ado manque régulièrement les prises de traitement pendant quelques semaines ou mois) ou lors d'arrêts (et de reprise) répétés de traitement.

Au début, une partie du traitement est encore efficace.

Exemple : la zidovudine (AZT) et la lamivudine (3TC) sont encore actives, mais le VIH résiste à la névirapine (NVP). Il ne reste donc que deux ARV sur trois actifs contre le VIH : le patient est en bithérapie.

Même si l'observance est parfaite, le traitement n'est plus assez puissant pour bloquer complètement le VIH.

VIH de plus en plus résistant aux ARV :



Si on maintient le même traitement, après quelques semaines ou quelques mois, le VIH deviendra résistant au 3TC. Le patient est alors en monothérapie d'AZT (= seul l'AZT est encore actif contre le VIH).

Après quelques mois supplémentaires, le VIH peut devenir résistant à l'AZT. Partiellement (= à moitié) au début, puis complètement.

À ce moment-là, le traitement n'a plus d'effet. S'il est poursuivi, le VIH peut continuer à accumuler des mutations qui vont diminuer les chances de succès du traitement de deuxième ligne.

4. Circonstances particulières

Parfois, l'adolescent-e a toujours bien pris son traitement, mais la charge virale est détectable. Deux situations sont à connaître.

- Les interactions médicamenteuses

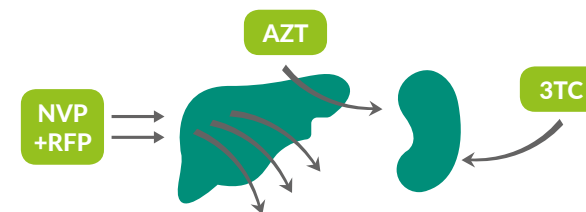
Ces interactions sont fréquentes. Elles peuvent avoir des conséquences importantes en cas de traitement prolongé. Normalement, le médecin doit les connaître et adapter le traitement ARV en fonction.

Mais, parfois, le médecin n'est pas au courant : c'est un autre médecin qui a prescrit le deuxième traitement ou l'adolescent-e prend des médicaments ou des plantes sans le lui avoir dit. **Si le-la PE est informé-e d'une telle situation, il-elle doit conseiller à l'ado de le dire au médecin.**

Les médicaments qui nécessitent de faire attention lorsqu'ils sont prescrits en même temps que les ARV sont : certains antituberculeux, certains médicaments contre les douleurs de l'estomac, certains traitements hormonaux (contraception), certains médicaments contre l'épilepsie et certains traitements traditionnels (plantes). **En cas de doute, il faut en parler à l'équipe soignante.**



La névirapine est éliminée par le foie.
Le 3TC est éliminé par le rein.



La prise de rifampicine (RFP) augmente l'élimination (le métabolisme) de la névirapine (NVP).
La concentration de NVP dans le sang diminue.

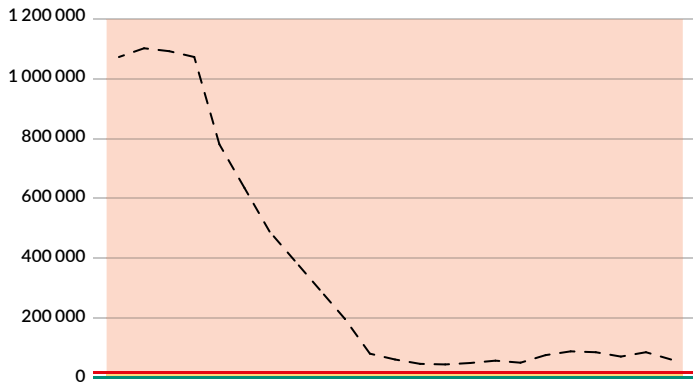
- La transmission d'un VIH résistant

Certains bébés sont infectés par un VIH qui résiste à certains ARV (comme la NVP ou le 3TC). Lorsque le traitement est débuté chez l'enfant, il n'est alors pas assez puissant pour bloquer complètement le VIH.

Cette situation peut également être observée chez un-e adolescent-e contaminé-e par voie sexuelle par un VIH qui est résistant à une partie des ARV prescrits.

Chez ces patients, il peut être impossible de rendre la CV indétectable. On parle de résistance primaire.

Résistance primaire aux ARV :



En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Un arrêt transitoire (quelques jours) de prise des ARV, avec reprise rapide du traitement avec une bonne observance, chez un patient ayant auparavant une CV indétectable :

→ pas de conséquence clinique ni immunologique. Possible augmentation transitoire de la CV (blip), mais généralement pas de conséquence sur le long terme si cet arrêt est unique.

NB : les autres causes (sous-dosage, interactions médicamenteuses, infection aiguë) n'auront pas non plus de conséquence si elles sont corrigées rapidement.

MAIS :

Une réplication de plusieurs semaines (ou plus évidemment), même à moins de 1 000 copies/ml, présente un risque de sélection de mutations de résistance. Si le VIH arrive à répliquer à des niveaux élevés en présence d'ARV, le risque de sélection de virus mutants résistants est plus élevé.

DONC :

Tout résultat de CV détectable doit être pris en charge le plus tôt possible. (voir « L'échec thérapeutique », p. 74 et « Observance et inobservance », p. 84).

Foire aux questions

Je prends mes traitements tous les jours aux bonnes heures et ma charge virale reste détectable. Pourquoi ?

Quand on prend bien son traitement et que la charge virale reste détectable, cela veut dire en général que le VIH est devenu résistant. Normalement, le médecin doit changer le traitement. On parle alors de traitement de deuxième ligne. C'est parfois plus difficile à prendre (plus de comprimés), mais cela permet d'avoir à nouveau une CV indétectable.

Si on a la charge virale indétectable, cela signifie qu'on est guéri, car il n'y a pas de virus dans le sang ? Cela veut dire que je n'ai plus du tout la maladie ?

Non ! Cela veut dire qu'il y a très peu de virus dans le sang. Tellement peu qu'on n'arrive pas à le trouver. Mais le VIH reste caché dans le corps : dans les ganglions, dans le tube digestif (les intestins). Si on arrête de prendre le traitement, il va recommencer à se multiplier et la charge virale deviendra à nouveau détectable.

Le fait d'avoir une charge virale indétectable peut-il rendre le test négatif ?

Non. Le test de dépistage cherche des anticorps dirigés contre le VIH. Ces anticorps ne disparaissent jamais. Donc, même si la charge virale est indétectable (= on ne trouve plus le VIH dans le sang), le test de dépistage restera positif.

Quand vous dites que dans le sang il n'y a plus de VIH, que s'est-il passé dans l'organisme ?

En prenant les ARV, on empêche le VIH de se multiplier. Il n'y a donc plus de fabrication de nouveaux virus. Et ceux qui étaient dans le sang sont détruits par les défenses de l'organisme (les globules blancs). Donc, après quelques semaines, on ne trouve plus de VIH dans le sang. Mais il est encore dans le corps, caché, en attendant que l'ado arrête de prendre les ARV pour réapparaître.

Comment faire pour avoir une charge virale indétectable ?

Quand le traitement ARV est efficace, il suffit de prendre les comprimés à la bonne heure, tous les jours.

Si malgré cela, la charge virale reste détectable, il est probable que le VIH soit devenu résistant. Cela a pu se passer plusieurs mois auparavant.

Le traitement n'est plus assez puissant pour empêcher le VIH de se multiplier.

Dans ce cas, il faut changer le traitement.



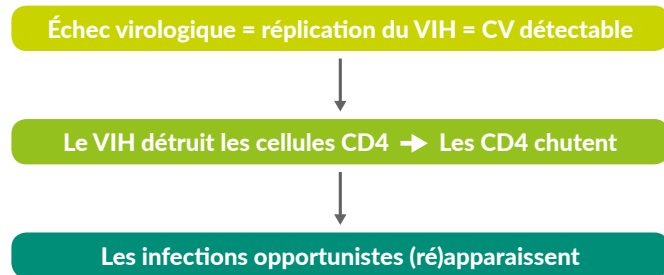
L'échec thérapeutique

Définition de l'échec thérapeutique

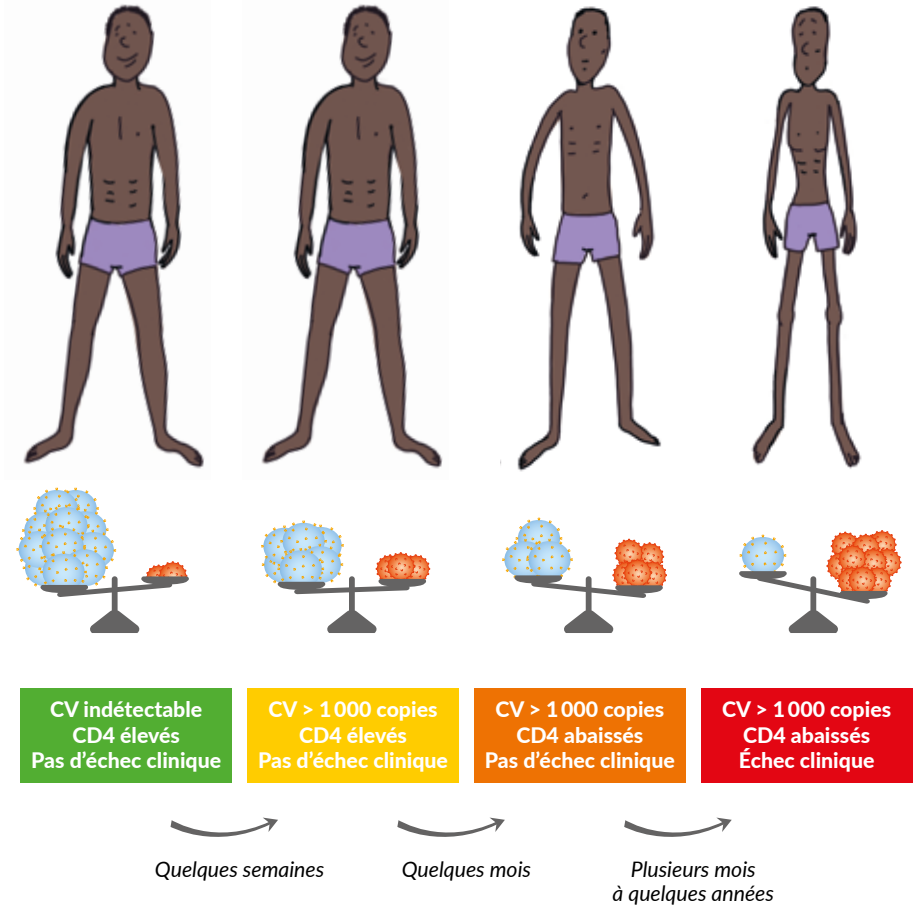
On définit 3 niveaux d'échec :

- 1. L'échec virologique** : c'est le premier à apparaître. Il correspond à une CV détectable (par convention > 1000 copies/ml), résultat confirmé par une deuxième CV réalisée trois mois après (et après un renforcement de l'observance).
- 2. L'échec immunologique** : il correspond à la diminution des lymphocytes CD4 à un niveau très bas. Il survient après un échec virologique plus ou moins prolongé.
- 3. L'échec clinique** : il correspond à l'apparition d'infections opportunistes. Il faut pour cela que le nombre de lymphocytes CD4 soit bas (moins de 200 cellules/mm³).

Liaison entre ces différents échecs



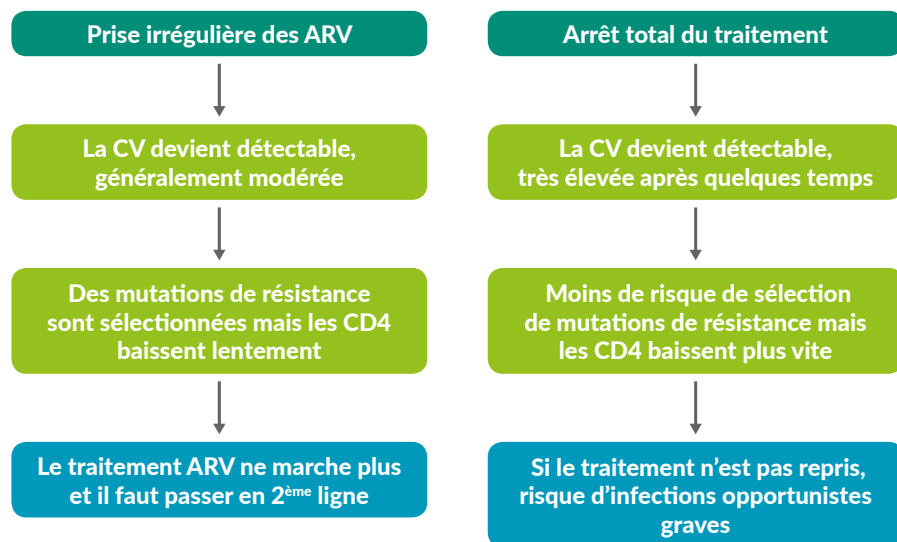
Évolution de la CV, des CD4 et de l'état clinique lors d'un arrêt de traitement



Observance irrégulière, arrêt complet de prise des ARV : quelles conséquences ?

Un échec virologique peut s'observer chez des personnes qui ont complètement arrêté de prendre leurs ARV et chez celles qui prennent mal leur traitement (mauvaise observance avec beaucoup de sauts de prise).

Les conséquences ne sont pas les mêmes.



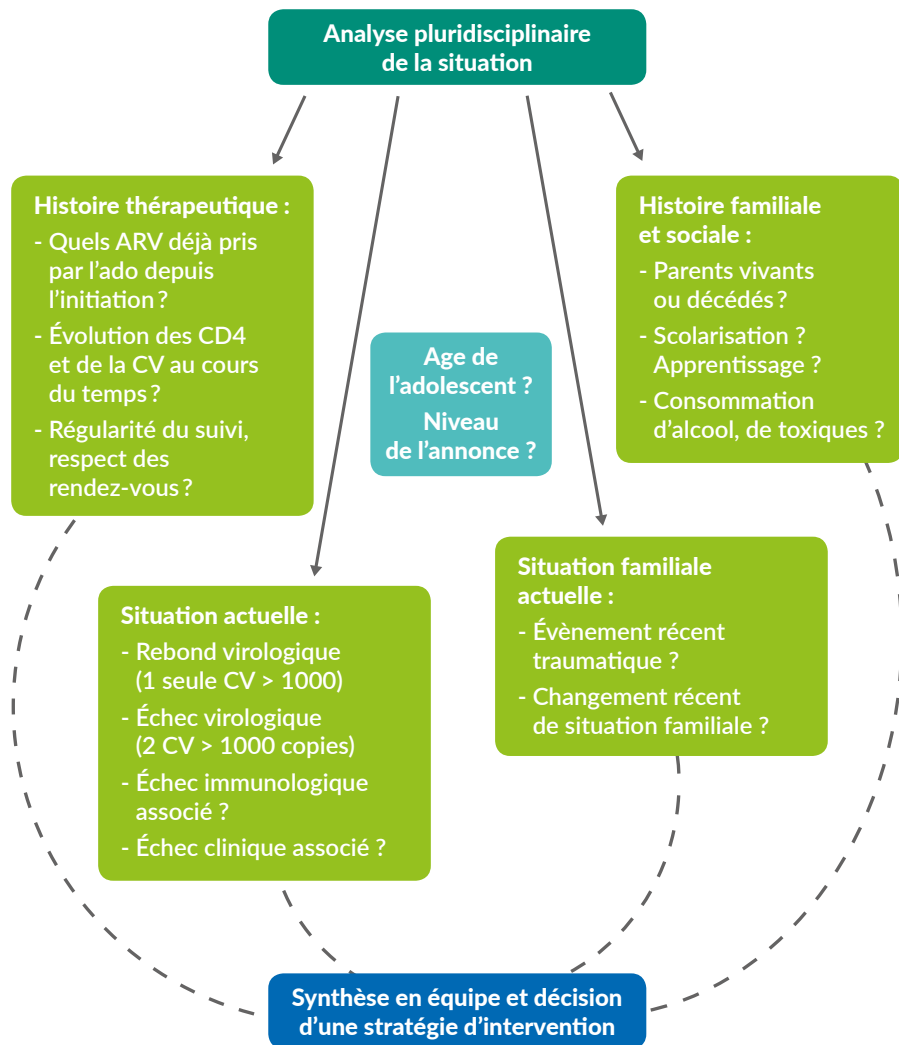
Après un arrêt complet de prise des ARV, lors de la reprise des ARV, le choix du traitement est parfois difficile pour le médecin. Lorsque le traitement de première ligne est maintenu, une CV sera faite après quelques mois pour vérifier que le traitement est toujours efficace. En effet, l'ado a pu sélectionner des mutations de résistance avant l'arrêt complet de prise du traitement. Dans ce cas, malgré une bonne observance, le traitement ne sera plus efficace et il faudra passer à un traitement de deuxième ligne.



Prise en charge d'un échec thérapeutique

La survenue d'un échec thérapeutique chez un-e adolescent-e nécessite une prise en charge pluridisciplinaire urgente. Les PE peuvent jouer un rôle très important pour aider à prendre en charge cet échec.

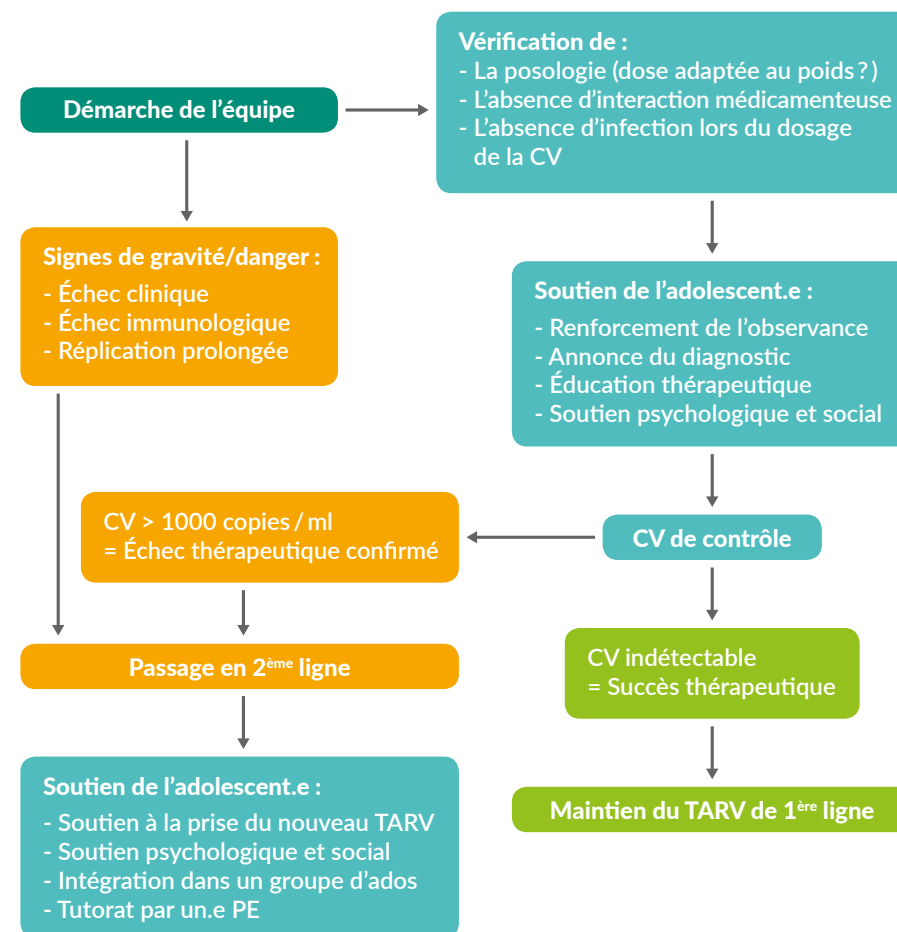
La première étape consiste à analyser l'histoire de l'ado et sa situation actuelle. Dans la plupart des cas, le traitement a été un succès dans les premiers mois ou années. Si l'ado se retrouve en échec, cela signifie que les conditions permettant une bonne observance ne sont plus réunies. Il faut donc chercher ce qui s'est passé et depuis quand le problème est survenu (plusieurs causes peuvent être associées).



Par leur proximité avec l'ado, les PE peuvent apporter à l'équipe des informations d'un intérêt majeur : événement traumatique dans la famille, stigmatisation à la maison ou à l'école, difficultés amoureuses, etc., ainsi que des informations sur l'observance aux traitements. Les informations recueillies par les PE sont souvent complémentaires des informations réunies par l'équipe soignante, car l'adolescent.e leur parle plus franchement.

Après l'analyse de la situation, l'équipe prendra une décision. De façon schématique, soit le traitement est changé d'emblée (en raison de critères de gravité), soit un renforcement de la prise en charge est mis en place (suivi médical plus rapproché, séances d'éducation thérapeutique, entretiens psychologiques ou médiation familiale, selon les cas, etc.), puis une CV de contrôle est réalisée après quelques temps (idéalement trois mois).

Algorithme de démarche thérapeutique devant une CV > 1000 copies/ml :



Les PE peuvent soutenir les ados de façon efficace et complémentaire par rapport aux adultes : ils peuvent servir de modèles pour les ados en difficulté. En particulier, ils peuvent témoigner après une annonce du diagnostic du VIH, raconter leurs propres difficultés d'observance et ce qu'ils ont fait pour les résoudre. L'ado en échec prend conscience qu'il n'est pas seul à avoir des difficultés et qu'il est possible de les surmonter.

Évidemment, on ne peut pas aborder les choses de la même façon avec un·e jeune ado de 10-12 ans et avec un·e adolescent·e de 16-17 ans. Il est important d'avoir quelques notions sur le développement de l'enfant et sur le processus de l'adolescence (voir « Aspects psychosociaux et cognitifs », p. 92).

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

On décrit 3 niveaux d'échec thérapeutique, qui apparaissent dans l'ordre suivant : échec virologique (CV élevée), puis échec immunologique (CD4 abaissés), puis échec clinique (on tombe malade).

Il peut se passer plusieurs mois ou années entre le moment où la CV devient détectable et le moment où les CD4 sont très bas.

La prise irrégulière des ARV favorise la survenue de mutations de résistances : le traitement est de moins en moins actif (mais on peut se sentir en bonne santé pendant longtemps).

La prise en charge d'un échec thérapeutique nécessite une analyse des causes de l'échec et la mise en place d'une stratégie de prise en charge : adaptation du traitement ARV et soutien de l'ado.

Foire aux questions

Peut-on avoir un nombre de CD4 élevé avec une charge virale détectable ?

Oui, c'est possible, surtout au début d'un échec virologique. Le fait d'avoir des CD4 élevés « protège » du risque d'infection opportuniste grave. Mais si la charge virale reste détectable, en particulier à un niveau élevé, les CD4 finiront par baisser.

Si j'arrête de prendre mes ARV ou que je saute beaucoup de prises, il se passe quoi ?

Dans les deux cas, les conséquences sont graves. La durée de la mauvaise observance est un facteur important :

- si on saute des prises pendant une période prolongée (quelques semaines), le risque de développer des résistances est élevé ;
- si on arrête complètement de prendre ses ARV, le risque de tomber malade dépend du niveau des CD4 avant l'arrêt : si les CD4 étaient très élevés, on peut rester en bonne santé apparente pendant longtemps (plus d'une année). S'ils étaient déjà bas, quelques mois peuvent suffire pour tomber malade.



Observance

Observance et inobservance

L'observance est un des défis majeurs du traitement ARV. Elle est rarement très bonne à l'adolescence, et les PE peuvent jouer un rôle déterminant (très important) pour aider les adolescent·e·s à l'améliorer.

Définitions

Il existe plusieurs aspects dans l'observance et de nombreuses définitions. On retiendra deux définitions simplifiées de l'observance thérapeutique et de l'observance médicamenteuse.

L'**observance thérapeutique** est le fait de suivre les prescriptions médicales en général, de venir aux rendez-vous à l'heure, de faire les examens prescrits (au moment où le médecin le demande) et de suivre un régime alimentaire, y compris le fait de ne pas consommer d'alcool (par exemple, quand on a une maladie grave du foie).

L'**observance médicamenteuse** est le fait de prendre ses traitements à la dose prescrite, tous les jours, aux bonnes heures.

Comment définit-on la qualité de l'observance ?

En général, on calcule le pourcentage de doses prises par rapport au nombre total de doses à prendre.

Exemple 1 :

Si un patient doit prendre 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir, soit 2 comprimés par jour, le nombre total de doses à prendre en 30 jours est 60 comprimés (30 jours x 2 comprimés/jour).

Si lors des 30 derniers jours, le patient a pris 48 comprimés (12 oublis), son observance est évaluée à :

48 divisé par 60 = 0,8, soit un taux d'observance de 80%.

Exemple 2 :

Si le même patient a pris 57 doses (3 oublis), son observance devient : 57 divisé par 60 = 0,95, soit un taux d'observance de 95%.

Comment se mesure l'observance dans la vraie vie ?

On peut évaluer l'**observance thérapeutique** par le respect des rendez-vous, mais cette mesure ne donne pas d'indication sur l'observance médicamenteuse :

Un patient peut venir « à l'heure » (c'est-à-dire le jour qui lui a été fixé) à ses rendez-vous, mais prendre ses médicaments de façon irrégulière.

En revanche, il est probable qu'un patient qui vient régulièrement en retard à ses rendez-vous pour renouveler ses médicaments aura peu de chance d'être observant sur son traitement.

Pour l'**observance médicamenteuse**, la mesure est compliquée. Certaines équipes soignantes font le « compte des comprimés » : elles demandent au patient de rapporter les comprimés qu'il lui reste. Si le patient rapporte trop de comprimés, cela veut dire qu'il a manqué des prises.

Cette mesure est peu efficace auprès des adolescent·e·s : même si l'ado a manqué des prises, il-elle comprend rapidement combien de comprimés il faut retirer de la boîte pour arriver au nombre de comprimés attendus par le prestataire (si le traitement a été bien pris).

Dans nos contextes africains, le plus efficace est encore de demander au patient comment il prend son traitement. Cependant, il est souvent difficile pour les ados d'avouer que les médicaments ont été mal pris (ou que le traitement a été complètement arrêté). En particulier si c'est un adulte (médecin, psychologue ou conseiller) qui pose la question.

Les PE sont plus proches des adolescent·e·s et peuvent avoir accès à des informations plus fiables que les adultes sur leur observance. Le·la PE doit néanmoins faire attention à son attitude et poser les bonnes questions.

Attitudes à éviter

Il ne faut pas :

- **Se comporter comme un donneur de leçons, en répétant des messages déjà délivrés :** auprès des ados qui connaissent leur diagnostic et savent pourquoi ils-elles doivent prendre des ARV (et n'y arrivent pas), il ne sert à rien de leur répéter qu'ils-elles doivent prendre leur traitement pour éviter de tomber malades.
- **Être dans le jugement, critiquer leur attitude :** les ados qui ont des problèmes d'observance sont généralement en difficulté dans leur vie. L'inobservance reflète ces problèmes, qui peuvent être d'ordre social, économique, psychologique, liés à la stigmatisation ou à la maltraitance.
- **Avoir des discours anxiogènes (= pour faire peur) :** dire à une personne qu'elle va mourir s'elle ne prend pas ses ARV n'aura pas d'effet si cette personne est déprimée et a des envies de mort.

Attitudes souhaitables

De façon générale, comme les autres membres de l'équipe, les PE doivent avoir une attitude d'écoute bienveillante, être dans l'empathie (= aptitude à comprendre les sentiments de l'autre) et dans le soutien.

Les PE doivent commencer par vérifier que l'ado a compris pourquoi il faut prendre des ARV. Et que les échanges avec l'éducateur thérapeutique ont permis d'identifier pourquoi le traitement est mal pris et ce qu'il faut mettre en place pour éviter de manquer des prises.

Pour compléter le travail fait en séance d'éducation thérapeutique du patient (ETP), les PE devraient aussi utiliser, lors des entretiens individuels (ou des séances de groupe sur l'observance) leur propre expérience : vivant avec le VIH, sous traitement depuis souvent de nombreuses années, ils-elles savent aussi bien que les ados combien il est difficile de prendre des traitements tous les jours. Ils-elles ont ressenti certains effets secondaires dans leur corps, vécu l'expérience du regard (ou des questions) de leurs camarades quand ils-elles devaient prendre leur médicament en public (ou se cacher pour le prendre).

En entretien, le-la PE peut raconter ce qu'il-elle a vécu, témoigner de ses propres difficultés et expliquer comment il-elle a réussi à les surmonter.

Exemple : Une PE peut expliquer : « Moi aussi j'oubliais régulièrement de prendre les comprimés. Alors j'ai demandé à mon grand frère de m'appeler tous les jours, à l'heure

de la prise. Il m'a appelée tous les jours et, après un mois, l'habitude était prise et je prenais mes comprimés avant même son appel. Et on discutait d'autre chose. »

En se positionnant ainsi, les PE transmettent le message suivant : « Je sais ce que tu vis, je l'ai vécu moi-même, mais j'ai trouvé une solution et j'ai maintenant une CV indétectable. »

Le-la PE devient un exemple, une personne à laquelle l'adolescent-e en difficulté peut s'identifier.

Questions types

Lors d'un entretien, les questions posées par un-e PE à un-e ado en échec virologique (= avec une CV élevée) devraient également inclure cet aspect personnel.

Lors d'un échec virologique, par exemple :

« Ta dernière charge virale était élevée. À moi aussi cela est arrivé. À l'époque, je ratais beaucoup de prises. Et toi, en ce moment, qu'est-ce qui se passe : tu as tout arrêté ou tu sautes des prises de temps en temps ? »

On peut parler des effets secondaires :

« Tu me dis que le nouveau traitement te donne des vertiges. J'ai connu la même chose au début. Alors j'ai demandé au médecin si je pouvais prendre le comprimé juste avant de me coucher. C'est devenu moins gênant. Et puis, c'est passé. Sinon, le médecin m'avait dit qu'il changerait le traitement, car il m'a dit que c'était impossible de prendre tous les jours un traitement qui rendait malade. »

Pour ceux-elles qui voudraient bien être observant-e-s, mais oublient des prises :

« Si je comprends bien, il y a des fois où tu ne sais plus si tu as pris le comprimé ? Tu sais, cela m'arrivait aussi. Le conseiller m'a donné une boîte (un pilulier) avec une case pour chaque jour de la semaine. Le dimanche, je mettais les comprimés dans les cases pour toute la semaine. Comme ça, si le mercredi la case du mercredi était vide, je savais que j'avais déjà pris le comprimé. »

Même si le-la PE n'a pas vécu la même situation que l'ado en difficulté, le fait de témoigner de ses propres difficultés permettra à l'ado de sentir que le-la PE peut le-la comprendre.

Causes plus complexes d'inobservance

Il est fréquent, surtout pour les ados en échec de deuxième ligne de traitement, que les causes d'inobservance soient multiples et que l'intervention des PE doive être renforcée par un soutien d'autres personnes de l'équipe soignante. Ces raisons peuvent être :

De grandes difficultés sociales ou économiques : insécurité alimentaire (pas de nourriture à la maison), difficultés pour payer le transport (pas d'argent dans la famille ou personne ne veut en donner à l'ado pour son déplacement au centre).

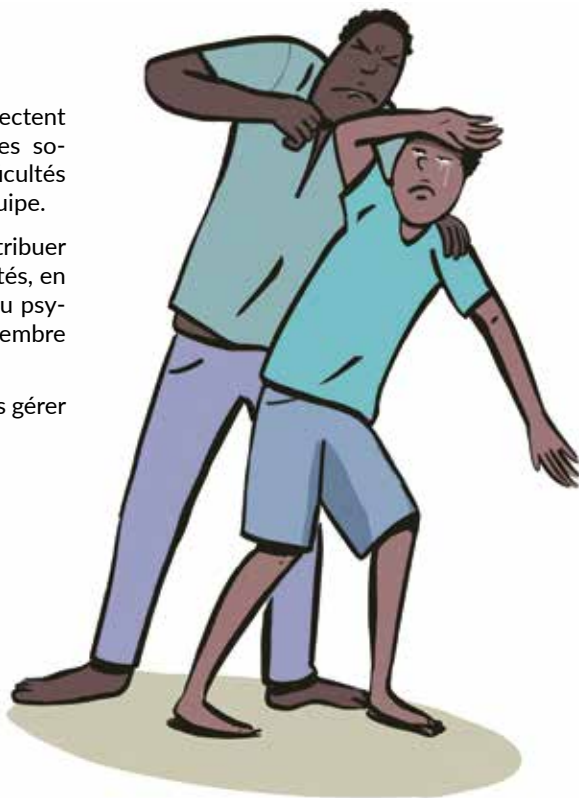
Absence de soutien, stigmatisation, conflits, maltraitance de l'adolescent·e à son domicile : avec différents degrés de gravité, ces aspects sont souvent un frein à l'observance.

Difficultés psychologiques : la dépression (voir « *Troubles psychologiques et dépression* », p. 111) ou le déni de la maladie (= l'ado refuse de croire à son infection par le VIH) doivent être pris en charge de façon spécifique.

Dans ces situations, si les PE détectent ou suspectent des problématiques sociales, psychologiques ou des difficultés à la maison, ils doivent alerter l'équipe.

Les PE peuvent évidemment contribuer à la prise en charge de ces difficultés, en complément d'un soutien social ou psychologique réalisé par un autre membre de l'équipe.

Mais ils ne peuvent pas à eux-seuls gérer ces situations complexes.



Conséquences et risques d'une mauvaise observance

Cet aspect doit être bien maîtrisé par les PE, car ils-elles auront des messages à transmettre aux ados. Ces messages doivent être justes et cohérents avec ceux des autres membres de l'équipe.

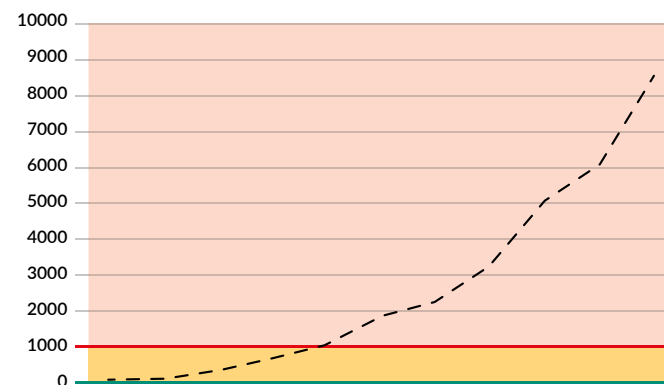
Les conséquences d'une mauvaise observance sont variables selon le traitement, la durée de la période d'inobservance et le type d'inobservance (prise irrégulière ou arrêt complet), (voir « *La charge virale, c'est quoi ?* », p. 62 et « *L'échec thérapeutique* », p. 74).

Première conséquence : augmentation de la charge virale

Lorsque l'observance diminue, la CV devient rapidement détectable (après quelques jours ou quelques semaines). Mais, même lors d'un arrêt total de prise des ARV, **l'ado peut se sentir en bonne santé pendant de longs mois.**

Les PE doivent donc bien expliquer aux adolescent·e-s qui prennent mal (ou pas du tout) leur traitement ARV que des maladies graves risquent de survenir, mais **plus tard.**

Arrêt traitement ARV, premières semaines :



Deuxième conséquence : apparition de mutation de résistance

C'est le plus grand risque, à court terme (= survenue rapide), lorsque le traitement est pris irrégulièrement : le virus peut reconnaître les traitements et devenir résistant aux ARV. **Quand le VIH est devenu résistant**, même si l'adolescent·e prend à nouveau très bien ses ARV, le traitement ne sera plus assez fort et la CV restera élevée (> 1000 copies/ml).

La survenue des résistances est très fréquente et rapide si on prend un traitement qui contient de la névirapine ou de l'efavirenz. Avec ces traitements, il faut absolument éviter d'arrêter quelques jours, reprendre et arrêter à nouveau.

Si le problème d'observance est pris en charge suffisamment tôt, le VIH peut rester sensible au traitement de première ligne (le traitement est encore assez fort pour rendre la CV indétectable).

Mais si la CV reste élevée après le renforcement de l'observance, il faut passer au traitement de deuxième ligne. Parfois, l'observance n'est pas encore parfaite et les PE (et l'équipe soignante) devront fortement soutenir l'ado pour l'aider à prendre correctement ce nouveau traitement.

Pour les PE, ce message est peut-être un peu difficile à transmettre, mais il est plus juste : la mauvaise observance entraîne un risque de résistance au traitement, bien avant que l'ado ne tombe gravement malade.



En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les PE peuvent grandement aider l'équipe soignante à prendre en charge les ados qui présentent des problèmes d'observance.

Leur expérience vécue de la prise des ARV les rend crédibles aux yeux des ados : lors de l'entretien avec un·e adolescent·e, il ne faut pas hésiter à témoigner, parler de soi.

Les PE ne peuvent pas gérer toutes les situations : ils doivent référer à l'équipe les cas complexes (difficultés économiques, stigmatisation, maltraitance et/ou troubles psychologiques).

Les principaux risques de l'observance sont :

- à court terme, l'augmentation de la charge virale, mais surtout l'apparition de résistance au traitement;
- à plus long terme, la baisse du nombre de CD4 et la survenue de maladies graves.



**Aspects
psychosociaux
et cognitifs**

Le développement de l'enfant

Le développement de l'enfant

Entre sa naissance et l'âge adulte, l'enfant va passer par plusieurs stades de développement. Sans entrer dans les détails, il est important de connaître les principales étapes, car on ne peut pas expliquer les mêmes choses à un jeune enfant (0 - 5 ans), à un grand enfant (6 - 10 ans), un jeune adolescent (11 - 15 ans) ou à un adolescent plus âgé (plus de 15 ans).

Le bébé et le jeune enfant :

Le nourrisson (= enfant jusqu'à l'âge de 2 ans, par définition) perçoit et découvre le monde à travers ses sens. S'il est capable, dans sa deuxième année de vie, de saisir des ordres simples, il ne peut pas comprendre pourquoi il est malade, pourquoi il a mal, ni même localiser une douleur.

Jusqu'à 5 - 6 ans, l'enfant a une façon de réfléchir particulière : tout est centré sur lui, il perçoit le monde uniquement depuis son point de vue. Les maladies s'attrapent par magie, un peu comme quand on jette des sorts. Il ne peut pas comprendre les explications sur les microbes, les virus. Comme il a une grande imagination, il peut même être effrayé à l'idée que quelque chose est entré dans son corps. À cet âge, les explications doivent donc rester vagues.

Le grand enfant (6 - 10 ans) et le préadolescent (11 - 12 ans : le tout début de l'adolescence)

Entre 6 - 7 ans et 11 - 12 ans, l'enfant acquiert peu à peu une pensée logique. Il peut comprendre qu'un microbe est entré dans son corps, qu'on ne sait pas comment l'en faire sortir, mais qu'il est possible de bloquer ce microbe (ou le faire dormir).

Dans cette tranche d'âge, l'enfant peut comprendre que s'il prend bien le traitement le microbe va dormir, alors que s'il arrête son traitement le microbe va se réveiller.

De même, il peut concevoir la notion de traitement « qui dure longtemps », car il maîtrise mieux la notion du temps, mais le traitement « pour toute la vie » reste difficile à imaginer : il faudra lui répéter plusieurs fois.

C'est la meilleure période pour lui annoncer le diagnostic du VIH.

Sa façon de penser est cependant encore très concrète. Il a besoin de visualiser les choses pour les comprendre : il faut lui montrer des supports, des dessins pour aider sa compréhension.

L'adolescent-e (10-19 ans, selon l'OMS)

Entre le début (10-11 ans) et la fin de l'adolescence (19-20 ans), la façon de penser changera beaucoup (et progressera). En effet, le-la préadolescent-e a encore la pensée logique et concrète du grand enfant. Progressivement, l'adolescent-e va acquérir la pensée abstraite, qui lui permettra de comprendre les choses de façon globale. Les supports visuels sont moins nécessaires (même s'ils peuvent encore aider à expliquer certaines choses). La maturation complète du cerveau est néanmoins tardive et s'achève chez certain-e-s à l'âge adulte.



Le processus de l'adolescence

En dehors de l'acquisition progressive de la pensée abstraite, de nombreux changements auront lieu pendant toute l'adolescence.

Des changements physiques et physiologiques = la puberté :

Croissance rapide en taille, apparition des caractères sexuels secondaires : le corps de l'enfant se transforme en corps d'adulte (de femme ou d'homme).

Les règles apparaissent chez la fille, l'éjaculation chez le garçon. L'adolescent·e pubère est désormais capable de donner la vie (voir « La puberté, c'est quoi ? », p. 137).

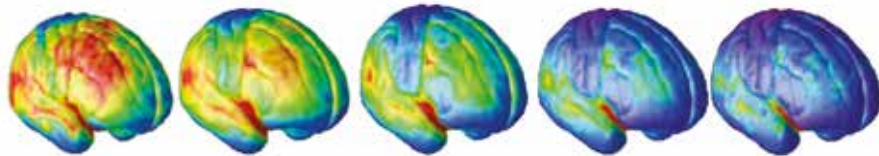
La fin de la maturation du cerveau :

Au cours de l'adolescence, la maturation du cerveau se poursuit. En quelques années, elle permet de passer de la pensée concrète de l'enfant à la pensée abstraite de l'adulte. Mais cette maturation n'est pas homogène : certaines zones du cerveau terminent leur maturation à la fin de l'adolescence, voire à l'âge adulte (jusqu'à 25 ans pour certains).

De façon schématique, la maturation est :

- plus précoce dans les zones du cerveau qui sont responsables des émotions;
- plus tardive dans les zones responsables du contrôle de ces émotions.

Cette maturation progressive pourrait expliquer certains comportements à risque (voir « Conduites à risque », p. 116).



Les couleurs montrent le développement du cerveau au cours de l'enfance et de l'adolescence : on remarque que ces changements se poursuivent jusqu'au début de l'âge adulte.

Source : "Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood", Nitin Gogtay et al., Proceedings of the National Academy of Sciences, May 25, 2004; California Institute of Technology.

Des changements psychologiques et sociaux :

Ces transformations surviennent en quelques mois ou en quelques années et constituent un bouleversement pour l'ado : il faut accepter ce corps qui s'est transformé rapidement, ces nouvelles capacités de réfléchir et le changement de sa place au sein de la famille et de la société. Par rapport à l'enfant qu'il·elle était, l'ado présentera une nouvelle façon d'être et de se comporter.

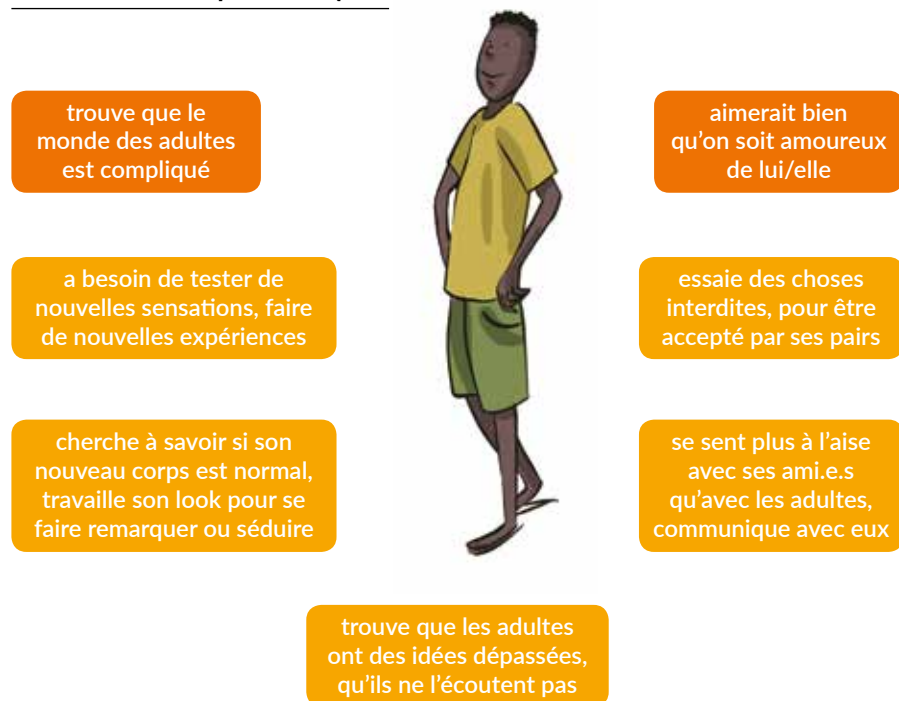
L'adolescent·e vu par les adultes et par lui·elle-même

L'adolescent·e vu par les adultes :



Les changements de comportements de l'adolescent·e déstabilisent souvent les adultes qui ne reconnaissent plus leur enfant et ne comprennent pas ce qui lui arrive.

L'adolescent.e et ses problématiques :



Les ados doivent gérer un corps transformé, faire face à des sentiments nouveaux. Ils-elles sont traversé-e-s par des pulsions nouvelles, subissent la pression des pairs, veulent s'autonomiser de leurs parents, etc. Ils-elles traversent des moments compliqués.

Comment décrypter ces comportements ?

De façon schématique, on peut identifier trois phénomènes majeurs :

- l'acquisition de l'autonomie;
- la construction de l'identité (ou de la personnalité);
- l'entrée dans la sexualité.

Processus de l'adolescence - Autonomie :

Le processus d'autonomie est le plus facile à comprendre. L'enfant a très peu d'autonomie et un faible pouvoir de décision ; tout est sous la dépendance des parents/tuteurs.

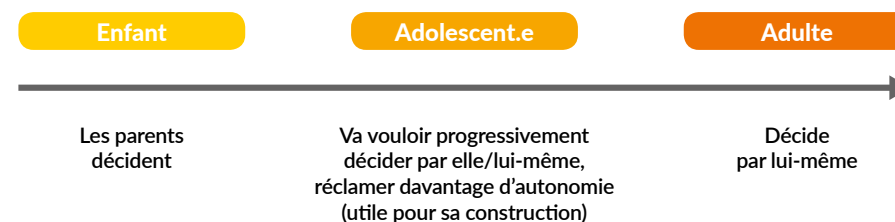
Une fois adulte, il-elle pourra faire seul.e ses choix (même si dans certains contextes, la famille et les parents gardent une place importante) et prendre les décisions qui le-la concernent.

Cette autonomie devrait s'acquérir progressivement, au fur et à mesure que l'ado montre de nouvelles capacités physiques et de nouvelles compétences intellectuelles.

Car, lorsque les parents/tuteurs donnent brutalement trop de responsabilités (« maintenant, tu es assez grand pour faire telle ou telle chose »), l'ado peut se sentir angoissé.e.

À l'inverse, si l'ado ne peut pas faire ce dont il-elle a envie (choisir ses vêtements, sa coiffure, ses ami.e-s) ou n'est pas inclus-e dans les discussions des adultes, il-elle peut se sentir frustré.e.

Son autonomie doit donc être mise en place de façon progressive, ni trop rapidement ni trop lentement.



Application à l'observance du traitement

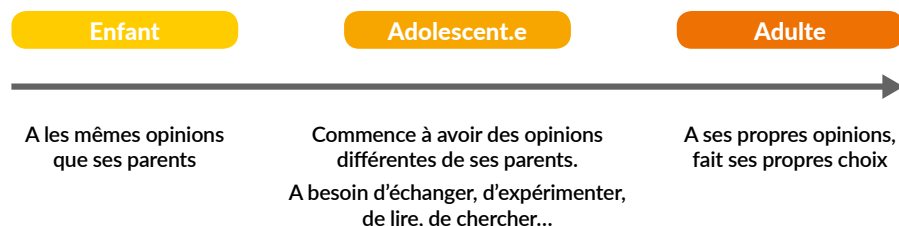
Certains parents/tuteurs laissent l'ado responsable de la prise de son traitement dès l'annonce du diagnostic du VIH et ne l'accompagnent plus en consultation.

D'autres parents/tuteurs refusent très longtemps que l'on annonce le diagnostic à leur enfant. Et lui donnent des explications floues sur la raison de la prise des médicaments.

Dans les deux cas, il existe un risque de mauvaise observance, voire d'arrêt de prise des traitements antirétroviraux. En effet, l'ado a besoin de se sentir responsable, besoin qu'on lui fasse confiance, mais, dans le même temps, il faut l'encadrer et le-la soutenir. Cet équilibre, qui évolue au cours de l'adolescence, est parfois difficile à trouver.

Construction de l'identité (personnalité) :

Cet aspect est plus compliqué à décrire. Pendant l'adolescence, des interactions vont se produire entre les transformations physiques, les nouvelles relations avec les adultes et les ami-e-s, et les remaniements (= changements) psychiques.



Les ados voient leur corps d'enfant se transformer en corps d'adulte. Ils acquièrent une nouvelle identité physique qu'ils-elles devront apprivoiser, accepter et maîtriser.

Parallèlement, ils-elles comprennent plus de choses et se rendent compte que leurs parents ne savent pas tout, qu'il existe d'autres avis, d'autres réalités que celles qu'ils-elles connaissaient pendant l'enfance.

Les ados écouteront moins l'avis de leurs parents, vont s'ouvrir à d'autres sources (livres, Internet, télévision, ami-e-s) et développeront peu à peu leur propre identité. Le milieu familial, l'histoire personnelle, l'éducation qu'ils ont reçue leur donneront des bases que les échanges et les rencontres feront évoluer.

Il existe fréquemment une phase assez perturbée vers le milieu de l'adolescence. Les ados sont attiré-e-s par leurs pairs, se posent des questions sur leur avenir (familial, professionnel), commencent à tomber amoureux-ses, à ressentir de nouvelles sensations (pulsions sexuelles liées à la poussée hormonale); ils-elles ont besoin de tester leurs limites (physiques, intellectuelles). Ceci concerne aussi bien les filles que les garçons, même si les manifestations et les expériences peuvent être différentes.

À cette période de leur vie, les ados sont influençables. Lorsque le milieu familial est fragile (parents peu présents) ou toxique (stigmatisation, maltraitance), l'entourage amical prendra une grande place dans la construction de leur personnalité. Si un-e ado est isolé-e (ou mal entouré-e) pendant cette phase, sa construction peut s'en trouver perturbée.

Pour les ados qui vivent avec le VIH, il est donc très important qu'ils-elles puissent être intégré-e-s dans un groupe de pairs (mixte, avec des filles et des garçons) au sein duquel ils-elles pourront échanger, avancer, se construire, mais aussi se distraire et vivre leurs premières expériences amoureuses (qui peuvent évidemment aussi se produire en dehors du cercle d'ami-e-s vivant avec le VIH). Grâce à l'éducation par les pairs, ils-elles pourront prendre modèle sur des ados plus âgé-e-s qui vivent avec le même virus et qui réussissent dans les études, sont épanoui-e-s et qui vivent parfois en couple.

Application à l'observance du traitement

L'inobservance au traitement est fréquemment rencontrée chez les ados.

Si le support de la famille reste important, le soutien par les pairs, l'exemple des PE aident les ados à construire leur identité en intégrant de façon plus positive le fait de vivre avec le VIH.

Avec des répercussions favorables sur leur observance au traitement, dans la plupart des cas.

L'entrée dans la sexualité :

C'est la troisième thématique majeure du processus de l'adolescence. C'est également la plus complexe. En effet, l'adolescent-e est soumis-e à des influences qui s'opposent :

- des pulsions internes et l'influence des pairs;
- les normes familiales, sociales et religieuses.

Ce qui favorise

Des pulsions nouvelles : l'apparition des hormones sexuelles (liées à la puberté) fera naître de nouveaux désirs. Ces nouvelles sensations sont normales et ne sont pas honteuses.

L'influence des pairs : au sein des ami-e-s ou à l'école, des couples se forment. L'adolescent-e prend conscience qu'il-elle pourrait aussi avoir un-e petit-e ami-e, d'autant que le fait d'être en couple est souvent valorisé par les pairs. Certain-e-s adolescent-e-s cherchent à découvrir cette expérience, à prouver aux autres (et à eux-mêmes) qu'ils-elles sont aussi capables de séduire. Cette première étape (tomber amoureux-se, séduire) pourra conduire aux premières expériences sexuelles (ou pas).

Ce qui freine

En général, les normes sociales et religieuses (chrétiennes, musulmanes) n'acceptent pas les relations sexuelles hors mariage et préconisent que les jeunes (en particulier les filles) soient vierges jusqu'à la nuit de noces.

Ces interdits moraux sont plus ou moins « franchissables » selon les contextes et les familles. Ils peuvent aider certain·e·s adolescent·e·s à résister à la pression des pairs et à leurs pulsions.

La peur de tomber enceinte est également une crainte qui peut freiner des adolescentes à accepter une relation sexuelle.

Enfin, certain·e·s adolescent·e·s se sentent attiré·e·s par des personnes du même sexe, ce qui peut rendre plus compliqué les premières relations amoureuses ou sexuelles.

Ce qui rend l'accompagnement complexe

Les parents ne savent habituellement pas comment aborder cette thématique avec leurs adolescent·e·s et se retranchent derrière les normes morales ou religieuses.

Les équipes soignantes sont souvent mal formées et peu à l'aise pour aborder ces questions avec les ados, lesquelles n'ont pas forcément envie d'en parler avec le médecin ou le conseiller. Par ailleurs, certains membres de l'équipe peuvent avoir du mal à envisager que l'adolescent·e qu'ils suivent depuis longtemps puisse commencer à avoir des relations sexuelles (surtout si ces personnes ont des principes religieux ou moraux stricts).

Dans ce contexte, la place des PE est stratégique. Les ados seront généralement plus à l'aise pour s'ouvrir aux PE plutôt qu'aux adultes.

Mais les PE peuvent également être en difficulté sur cette thématique, car ils·elles se posent parfois encore des questions (sur le passage à l'acte sexuel, sur leur orientation sexuelle), ou connaissent des échecs amoureux.

Dans tous les cas, il faut faire preuve d'une écoute bienveillante. Mais lorsque un·e PE se sent mal à l'aise ou ne sait pas comment conseiller et soutenir un·e adolescent·e en difficulté, il ne faut pas hésiter à l'orienter vers un·e PE plus âgé·e, en couple ou marié·e, ou vers un membre de l'équipe (conseiller, psychologue, sage-femme ou médecin en fonction des questions qui lui sont posées), en particulier si le·la PE découvre que l'adolescent·e a vécu des expériences traumatiques (abus sexuels, par exemple) ou qu'il·elle pourrait être en danger.

(Voir « Relations amoureuses, aspects communs et spécificités pour les adolescent·e·s vivant avec le VIH », p. 169.)

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

On ne peut pas parler de la même façon à un enfant, à un·e préadolescent·e (vers 11-12 ans) ou à un·e ado plus âgé·e. Il faut apprendre à adapter son langage, autrement dit le niveau de complexité des explications, aux possibilités de l'enfant ou de l'ado :

- l'enfant a besoin d'explications simples, mais logiques et en rapport avec son quotidien (par exemple, « on va prendre un peu de ton sang pour voir si le microbe dort »);

- l'ado peut comprendre des explications de plus en plus complexes.

Il existe des raisons au comportement parfois déroutant des ados. Si ces raisons sont difficiles à décrypter pour les adultes, les PE sont souvent mieux placé·e·s pour les comprendre.

Un·e ado qui est trop rapidement autonome est potentiellement en danger. Les PE doivent pouvoir repérer les ados livrés à eux-mêmes (pour la prise du traitement ou, plus généralement, dans leur vie quotidienne) et leur apporter un soutien renforcé (avec l'aide de l'équipe soignante).

Les ados se construisent par des phénomènes de projection et d'identification. Cela signifie que l'exemple de pairs plus âgé·e·s (ou de jeunes adultes) peut être déterminant dans leurs choix : s'ils·elles prennent bien leur traitement, sont en bonne santé et réussissent leurs études (et pour les plus âgé·e·s fondent une famille), les ados en construction auront plus de probabilités de se construire positivement (et d'être bien observants).

Les premières relations amoureuses et l'entrée dans la sexualité sont influencées par les normes familiales, sociales et religieuses. Mais chaque adolescent·e vivra ces premières expériences de façon unique. Les PE peuvent être sollicité·e·s par les ados sur ce thème et apporter leur soutien ou raconter leur expérience. Mais il faut également faire preuve de recul, accepter des comportements différents (qui ne mettent pas l'ado en danger) et passer la main si on se sent dépassé.

L'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic consiste à expliquer à l'enfant et/ou à l'adolescent-e qu'il-elle porte un virus (un microbe) qui s'appelle le VIH et pourquoi il faut prendre des médicaments tous les jours.

En général, cette annonce se fait progressivement : il faut adapter les explications à ce que l'enfant et/ou l'ado sont capables de comprendre (voir « *Le développement de l'enfant* », p. 94 et « *Les grandes étapes* » ci-dessous).

Les PE ne sont pas les personnes les mieux placées dans l'équipe soignante pour annoncer seuls le diagnostic du VIH à un enfant ou à un-e ado. Néanmoins, ils-elles peuvent jouer un rôle très intéressant à plusieurs niveaux. Il leur faut donc quelques repères sur le processus de cette annonce.

Les grandes étapes

(attention : les âges sont à adapter à chaque cas)

Avant 6-7 ans :

L'enfant n'est pas capable de comprendre la notion de microbe ou de virus. Cette idée peut être effrayante pour lui. On parle donc de maladie, sans détailler.

Entre 7 et 9 ans :

L'enfant a besoin de savoir pourquoi il prend des médicaments tous les jours alors qu'il n'est pas malade. Il comprend les choses de façon logique.

On peut lui expliquer :

- qu'il a un microbe dans le corps (sans parler du VIH);
- qu'on ne sait pas faire sortir ce microbe du corps ni le tuer;
- que ce microbe attaque les défenses (les soldats) du corps et que l'on peut tomber très malade si on ne prend pas les médicaments;
- mais que si on prend les médicaments tous les jours, le microbe va dormir (et que si on arrête de prendre les médicaments, il va se réveiller);
- que si le microbe dort, on peut grandir comme les autres enfants, aller à l'école, devenir un papa ou une maman, etc.

Entre 9 et 13 ans :

L'ado a besoin de savoir comment s'appelle ce microbe qui est impossible à éliminer et pourquoi on ne peut pas arrêter de prendre les médicaments.

Il-elle est capable de comprendre plus de choses, mais n'a pas encore vraiment acquis la pensée abstraite.

On peut lui expliquer :

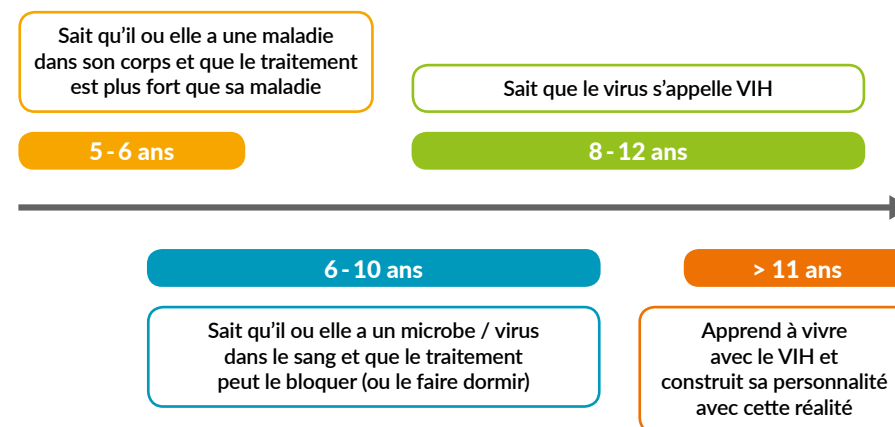
- que le microbe s'appelle le VIH (plus l'ado grandit, plus il-elle s'en doute);
- que l'infection par le VIH est une maladie chronique (= une maladie qui dure toute la vie) et que les traitements sont plus forts que le VIH si on les prend comme il faut;
- qu'il existe beaucoup d'autres personnes comme lui-elle, qui sont nées avec le VIH, ont grandi avec, qui sont devenues des adultes en bonne santé et, pour certains, ont fondé une famille.

Après l'annonce du VIH :

L'enfant (puis le jeune ado) va avancer dans le processus de l'adolescence. La puberté commencera (ou se poursuivra). Des changements physiques, psychologiques, sociaux se produiront. Et des nouvelles questions vont survenir (comment fonder une famille, avoir des enfants quand on vit avec le VIH ?) auxquelles il faudra apporter des réponses.

Un accompagnement reste donc indispensable, après l'annonce du VIH, pendant toute la durée de l'adolescence pour soutenir l'ado dans son processus de construction.

Repères sur le niveau d'information à transmettre à l'enfant en fonction de son âge :



Source : Annonce du diagnostic à l'enfant, programme Grandir.

Les principales difficultés à conduire correctement le processus de l'annonce

Les équipes sont parfois mal formées :

Certaines équipes soignantes sont aujourd'hui formées à l'annonce de la séropositivité au VIH.

Quand ce n'est pas le cas, elles demandent aux parents de faire l'annonce.

L'expérience montre que cette approche n'est pas bonne, car souvent les parents ne savent pas comment expliquer l'infection par le VIH et ils ont honte d'avoir transmis le virus. Finalement, ils ne font pas l'annonce ou ils s'en chargent trop tard ou mal.

D'autres équipes demandent aux ados PE de faire l'annonce du VIH.

Un.e PE ne devrait pas être placé.e dans le rôle de celui-celle qui annonce la séropositivité. C'est un moment difficile qui nécessite d'être formé et d'avoir une certaine distance avec le patient.

Il est essentiel que les membres de l'équipe soignante (médecins, psychologues, conseillers, etc.) soient formés à l'annonce du VIH, car c'est à eux de conduire le processus (= les différentes étapes) de l'annonce.

Les parents peuvent être réticents :

Certains parents sont très réticents (= ils ne veulent pas qu'on annonce le VIH), car ils pensent que cela va faire mal à leur enfant, qu'il vaut mieux attendre et le dire plus tard.

Parfois, ils interdisent à l'équipe de faire l'annonce ou refusent de venir au centre de santé avec l'ado.

Généralement, les équipes savent comment faire pour convaincre les parents. Mais dans certains cas, cela peut être vraiment compliqué et les PE peuvent alors contribuer à débloquer la situation.

La place et l'apport des PE dans le processus de l'annonce

Par rapport à l'équipe soignante :

Les PE doivent refuser d'être tous seul.e-s pour faire l'annonce du VIH à un enfant et/ou un.e ado. Par contre, ils-elles peuvent participer de deux façons :

- En signalant à l'équipe les enfants et/ou ados qui (se) posent des questions sur le nom de leur maladie et pour lequel-le-s il faudrait prévoir de faire l'annonce du VIH.
- En soutenant l'enfant et/ou l'ado après la consultation (ou l'entretien) d'annonce, qui aura été réalisée par un membre de l'équipe en présence de ses parents. En effet, l'annonce peut être vécue de façon douloureuse par l'ado. Échanger avec un.e PE juste après la séance peut le soutenir et l'aider à l'accepter.

Cas particulier : si l'équipe pense que l'annonce sera difficile, elle peut demander à un.e PE de participer à la séance (avec un membre de l'équipe et le parent). Si le-la PE se sent prêt.e, cette option est acceptable, mais il faudra préparer la séance pour bien définir la place de chacun.

Par rapport aux parents :

Ce n'est pas aux PE de dire aux parents ce qu'ils ont à faire. Si les parents ne veulent pas faire l'annonce, c'est à l'équipe de se charger de les convaincre. Mais il peut être utile qu'un.e PE témoigne auprès de ces parents de l'intérêt de l'annonce, en parlant de sa propre expérience : expliquer que c'est important pour l'ado de connaître la vérité ; que, souvent, il-elle se doute du diagnostic et que même si c'est douloureux à entendre, cela permet de mieux prendre son traitement ensuite, etc.

Si un.e PE ne se sent pas prêt.e à témoigner devant des parents, il-elle ne doit pas être obligé.e à le faire. Il faut d'abord en discuter avec l'équipe.

Ce témoignage peut être réalisé de façon individuelle (le-la PE témoigne devant un parent en présence d'un membre de l'équipe) ou lors d'une séance de groupe de parents, mais il faut toujours que le-la PE soit volontaire.

Par rapport à l'ado

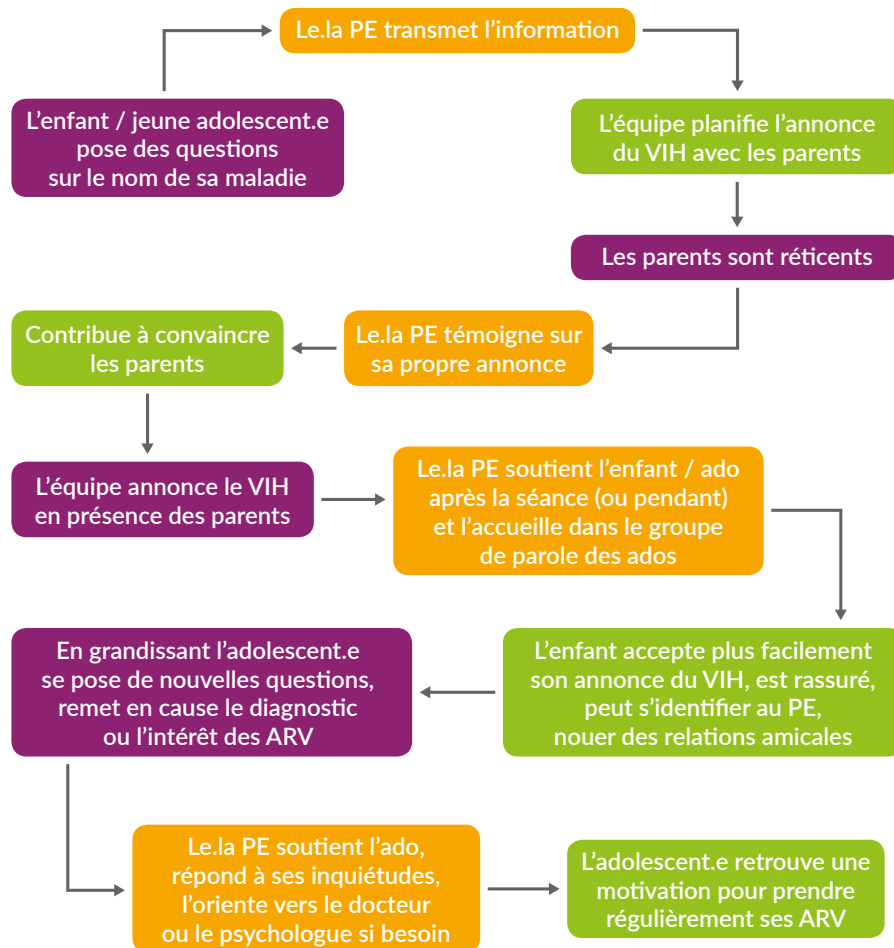
Le soutien par les PE pendant ou juste après la séance de l'annonce a déjà été abordé.

Les PE peuvent également soutenir les jeunes adolescent.e-s en les invitant à participer à des activités de groupe et en étant attentifs à leur intégration dans le groupe d'ados.

Foire aux questions

Un soutien individuel est également à conseiller, de façon régulière, dans les mois qui suivent l'annonce pour voir comment se sent l'ado. Cela permet de reprendre les explications sur le VIH et les traitements. Mais aussi de repérer ceux-celles qui paraissent tristes et les orienter vers le psychologue ou le médecin (car il existe un risque de dépression).

Le rôle du PE dans l'annonce du VIH à l'enfant / ado :



Beaucoup de parents ne veulent pas dire à leur enfant qu'il est infecté par le VIH. Pourquoi ?

En effet, certains parents s'opposent à l'annonce du VIH à leur enfant. Les raisons sont variables mais celles qui sont le plus souvent rencontrées sont les suivantes :

- La peur que l'enfant (ou l'ado) trahisse ce secret, révèle son statut à d'autres personnes. Et que cela le stigmatise ou entraîne une stigmatisation de toute la famille ;
- La honte d'avoir transmis le VIH. Cette raison est plutôt rencontrée chez les mamans (qui se sentent coupables d'avoir infecté leur enfant) ;
- La peur de faire du mal à leur enfant en lui annonçant qu'il vit avec le VIH.

Le plus souvent, le médecin ou le psychologue arrivent à rassurer les parents ; à les convaincre qu'il est important de faire l'annonce et qu'il vaut mieux ne pas attendre trop longtemps. Mais parfois, certains parents sont très angoissés et ils continuent à refuser. Dans ce cas, le témoignage d'autres parents ou de PE peut aider à les faire changer d'avis.

Je connais un ado qui a compris qu'il prend des médicaments à cause du VIH. Mais ses parents ne veulent pas qu'on lui en parle. Qu'est-ce que je peux faire ou dire ?

Cette situation est préoccupante car cet adolescent vit dans le doute, et il a généralement compris que les adultes ne lui disaient pas la vérité. Il existe un risque qu'il perde confiance dans les messages qui lui sont délivrés par l'équipe (et par ses parents) et qu'il devienne inobservant.

Il faudrait très rapidement en parler avec l'équipe soignante pour que les parents soient informés et qu'une consultation d'annonce soit planifiée dès que possible.

Dans cette situation, votre présence auprès de cet ado au moment de l'annonce du VIH (ou juste après) sera importante pour le soutenir.

En attendant cette annonce, s'il vous pose des questions, il faut éviter de lui mentir : il est préférable de lui proposer de rencontrer le médecin ou le psychologue (après avoir informé ce dernier que l'adolescent a déjà compris qu'il vivait avec le VIH).

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

L'annonce du VIH est un moment fort, souvent difficile, dans la vie d'un enfant et/ou d'un-e ado.

Les parents sont souvent réticents à faire l'annonce et certaines équipes soignantes sont mal à l'aise (peu formées) pour s'en charger.

Les PE ne doivent pas faire l'annonce du VIH. C'est à l'équipe de le faire.

Par contre, ils peuvent signaler à l'équipe les interrogations d'un enfant et/ou d'un-e ado, témoigner devant des parents réticents et soutenir l'ado pendant et après l'annonce.

Troubles psychologiques et dépression

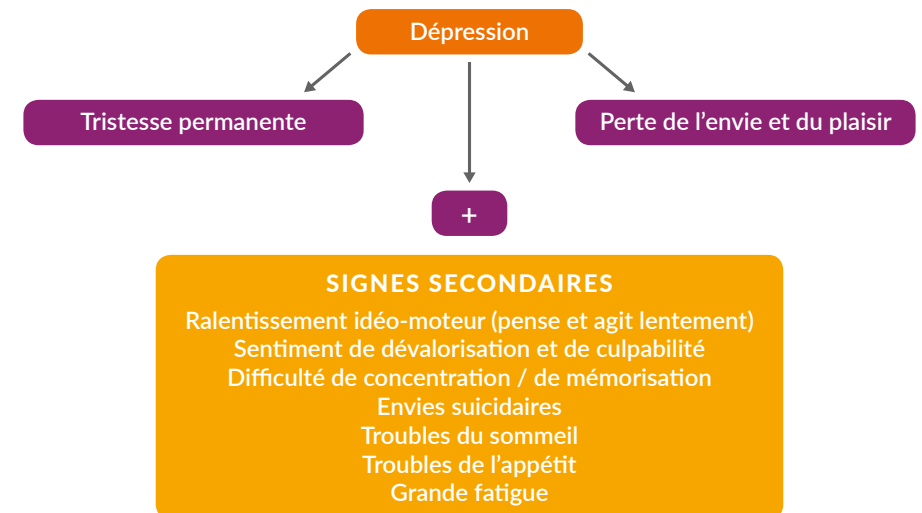
La dépression, qu'est-ce c'est ?

La dépression est un trouble de l'humeur.

Elle se caractérise par une tristesse quasi permanente et/ou une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités quotidiennes (même celles habituellement plaisantes).

Associée à ces deux signes majeurs, la dépression se manifeste par un sentiment de dévalorisation («on ne sert à rien»), des idées de mort, une fatigue dès le matin, une perte d'appétit, des troubles du sommeil et/ou des difficultés de concentration et un ralentissement pour penser et agir.

Si au moins un des deux signes majeurs et trois ou quatre des signes secondaires (voir schéma ci-dessous) sont présents depuis au moins 15 jours, la personne est très probablement déprimée.



Est-ce fréquent ?

La dépression est fréquente chez les ados, en particulier chez ceux-celles vivant avec le VIH. Une étude au Malawi a révélé qu'un-e adolescent-e vivant avec le VIH sur 5 présentait des signes de dépression.

Différentes présentations possibles :

Dans sa forme classique, la dépression se traduit par une **grande tristesse**, l'envie de pleurer et une perte de l'élan vital (pas d'envies, l'avenir paraît sombre). L'anxiété est plus ou moins marquée, mais généralement associée.

Elle s'accompagne souvent de **troubles du sommeil** : difficultés d'endormissement ou réveils précoces avec l'impossibilité de se rendormir et des idées noires. Chez certains patients, on observe une hypersomnie : le patient dort énormément. Ces deux troubles peuvent alterner.

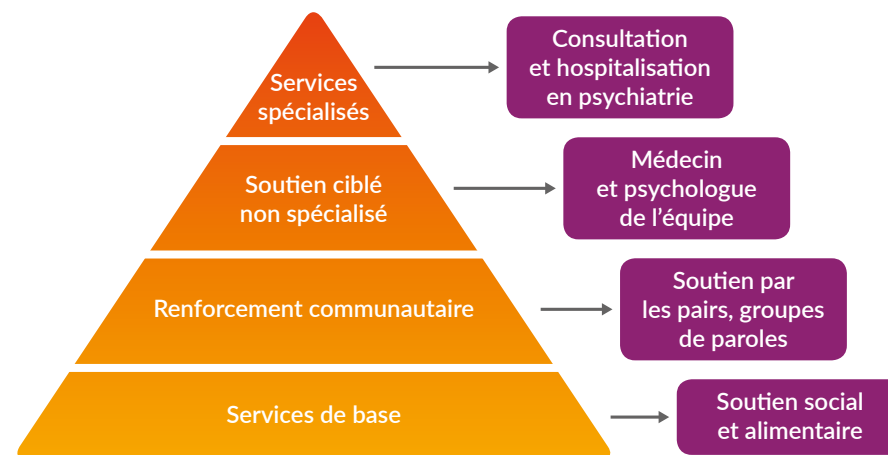
Les **troubles alimentaires** sont fréquents : **anorexie** (perte d'appétit) ou **boulimie** (consommation excessive d'aliments).

Chez certaines personnes, la dépression peut se manifester par une **agressivité excessive** envers l'entourage : c'est une autre façon de manifester son mal-être.

Formes graves et risque de passage à l'acte :

Les formes graves de dépression peuvent conduire au suicide. Parfois, l'ado exprime des idées suicidaires ; dans d'autres cas, l'envie n'est pas verbalisée (= elle n'est pas exprimée par des paroles) mais l'intensité de la tristesse de la personne est inquiétante.

Dans ces situations (envie suicidaire exprimée par l'ado, ou suspectée par le/la PE), il ne faut pas laisser la personne repartir chez elle. Au contraire, il faut l'accompagner jusqu'au bureau du psychologue ou du médecin et s'assurer qu'elle est reçue en entretien ou en consultation.



Principes de prise en charge de la dépression

Soutien communautaire :

Le soutien communautaire peut être délivré par des personnes non spécifiquement formées à la psychologie. Il consiste à soutenir la personne par sa présence, par une écoute bienveillante et des appuis concrets pour l'aider à surmonter les difficultés quotidiennes. Elle peut suffire en cas de troubles légers ou venir compléter une psychothérapie.

Psychothérapie :

La psychothérapie est un soin psychique délivré par un psychologue ou un psychiatre. Il existe plusieurs méthodes, généralement basées sur la parole. La psychothérapie est nécessaire lorsque les signes de dépression sont importants.

Prise en charge médicamenteuse :

Pour les formes les plus sévères, il existe des médicaments contre la dépression. Ces médicaments peuvent être pris en même temps que les ARV, avec quelques précautions. Il faut savoir que le traitement n'est efficace qu'après plusieurs semaines et qu'il dure plusieurs mois.

Lutte contre les facteurs déclenchants :

L'équipe soignante (y compris les PE) doit chercher à agir contre les facteurs déclenchants de la dépression (ou les facteurs qui pourraient l'entretenir et en gêner la guérison).

Par exemple, proposer une médiation familiale en cas de stigmatisation au sein de la famille d'accueil ou un changement de famille d'accueil en cas de maltraitance, etc.

Place des PE :

Il est important de soutenir l'ado pendant cette période, car il est plus difficile d'être bien observant quand on souffre de dépression (surtout si un traitement antidépresseur a été prescrit, car cela augmente le nombre de comprimés à prendre chaque jour).

Ce soutien par les PE ne peut en aucun cas remplacer la prise en charge par un.e psychologue ou un.e professionnel.le de la santé (médecin, psychiatre) lorsque cela est nécessaire.

Par ailleurs, un.e PE a le droit de refuser d'accompagner certaines situations qui pourraient le-la mettre en difficulté.

Par exemple, on comprend aisément qu'un.e PE qui a perdu récemment un de ses parents ne sera pas la meilleure personne pour soutenir un.e adolescent.e qui est déprimé.e pour la même raison. **Il faut savoir dire ses limites à l'équipe. Et si une situation vous paraît difficile à affronter, demandez à être remplacé** par quelqu'un d'autre : ce n'est pas un signe de faiblesse ou d'incompétence, c'est une marque de sagesse et de maturité.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

La dépression est fréquente chez les ados vivant par le VIH. Tout le monde peut être touché et ce n'est pas honteux.

Les formes légères et modérées sont les plus fréquentes, mais les formes sévères peuvent conduire au suicide.

Si un.e ado vous fait part d'idées suicidaires, il faut l'accompagner immédiatement chez le psychologue ou le médecin (ou une autre personne de l'équipe soignante).

Les PE peuvent soutenir les ados qui souffrent de dépression, mais ne doivent pas se sentir obligé.e-s de le faire. Des traitements médicamenteux existent et peuvent être donnés en même temps que les ARV, en complément d'une prise en charge psychologique.



Conduites à risque

La conduite à risque est un terme assez flou. Elle ne concerne pas que les ados, on l'observe également chez les adultes. Cependant, les prises de risque semblent plus fréquentes chez les ados et sont souvent différentes des risques que peuvent prendre les adultes.

En raison de leur âge, de leur plus grande maturité, les ados PE devraient être en mesure d'analyser si une conduite à risque chez un-e adolescent-e plus jeune est inquiétante ou pas.

En effet, les prises de risque ne veulent pas toujours dire la même chose : certaines sont banales, non répétées, parfois même induites culturellement (certains rites de passage dans les sociétés traditionnelles). Ces prises de risque occasionnelles, qui font partie du processus de l'adolescence ne sont pas inquiétantes en soi.

D'autres pratiques, dangereuses, répétées, excessives, qui mettent la santé ou la vie en danger, peuvent révéler un malaise profond et doivent être prises en charge par un professionnel (psychologue, médecin).

Comment peut-on expliquer les prises de risque à l'adolescence ?

De façon assez schématique, les comportements à risque à cette période de la vie peuvent s'expliquer par des aspects neurologiques et par des aspects sociaux.

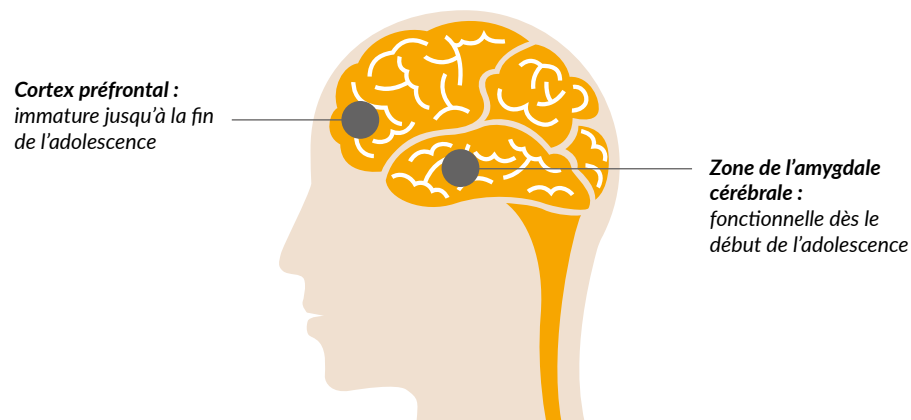
L'immaturation du cerveau de l'ado :

La maturation du cerveau de l'ado, qui se termine après l'âge de 20 ans, explique une partie des prises de risque :

L'amygdale cérébrale participe au traitement des émotions. Elle mature très tôt. L'ado peut donc imaginer le bénéfice de la prise de risque : sensation d'excitation, sentiment de puissance, impression favorable sur les pairs.

Le cortex préfrontal mature beaucoup plus tard : il est responsable de l'anticipation du danger et des conséquences possibles d'une prise de risque.

L'ado a donc tendance à surestimer les bénéfices d'une conduite à risque et a en sous-estimer les conséquences négatives.



Des facteurs liés au contexte :

En dehors des pratiques rituelles traditionnelles, qui mettent parfois l'ado en danger, mais qui sont généralement encadrées par les adultes, d'autres conduites à risque peuvent s'observer.

En effet, l'ado gagne progressivement en autonomie, il-elle va donc avoir davantage d'opportunités d'être exposé-e à des situations dangereuses sans le contrôle de ses parents.

Parallèlement, il-elle se construit en vivant de nouvelles expériences, souvent sous la pression du groupe de pairs : il a besoin de tester ses limites, de séduire, de se faire accepter dans un groupe. Si l'environnement familial est fragile (ou absent), que l'ado est rejeté-e par le groupe ou psychologiquement vulnérable, il-elle peut être poussé-e à prendre des risques, avec des conséquences parfois graves.

Les conduites à risque fréquentes

Il est difficile d'établir une liste complète et nous prendrons quelques exemples pour illustrer le rôle des PE face aux conduites à risque des autres ados.

La prise de risques physiques, la mise en danger du corps

Une conduite à risque fréquente consiste à **se mettre volontairement en danger**. Par exemple, rouler en mobylette vite et sans casque, monter sur le toit d'un autobus qui roule, etc. Ces conduites concernent plutôt (mais pas exclusivement) les garçons.

Sous l'influence du groupe, pour montrer leur force physique ou tester leurs capacités de séduction, certains ados vont se mettre en danger.

La difficulté est d'évaluer si la conduite à risque est acceptable, qu'elle fait partie du processus d'apprentissage et qu'elle permettra à l'ado de tester ses limites ou d'être accepté par ses pairs.

Ou si la prise de risque est exagérée, déraisonnable, préoccupante et pourrait être considérée comme une conduite suicidaire.

Un entretien avec l'ado peut permettre d'y voir plus clair. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à en parler avec un membre de l'équipe soignante.

Les circonstances de la conduite à risque sont importantes : des études ont montré que **les ados prennent plus de risques lorsqu'ils-elles sont en groupe, en particulier s'il y a eu consommation d'alcool ou de produits toxiques**.

Prise de risque comportemental

Il peut s'agir ici de comportements objectivement dangereux (comme partir en fin de soirée dans la voiture d'un inconnu), traîner tard la nuit dans des maquis ou des quartiers mal famés (= dangereux).

Là encore, le contexte est important : si cela survient de façon exceptionnelle, après une soirée pendant laquelle l'ado a consommé de l'alcool, la situation est préoccupante, mais pas forcément pathologique.

En revanche, si c'est un comportement qui se répète, les PE doivent en référer à l'équipe soignante, car cette mise en danger nécessitera une prise en charge qui les dépasse.

Face à ces conduites à risque, le rôle des PE n'est pas simple :

D'un côté, par leur proximité avec les ados, les PE peuvent être témoins ou être informé-e-s de conduites à risque et avoir envie d'alerter l'équipe soignante.

D'un autre côté, ils risquent de perdre la confiance des ados s'ils rapportent à l'équipe toutes les mises en danger dont ils ont connaissance.

Enfin, les PE ne sont ni les parents ni les éducateurs des autres ados.

Il est donc souhaitable d'évaluer d'abord la gravité de la pratique à risque, son côté unique ou répétitif, le contexte familial et psychologique de l'ado, d'en parler éventuellement entre PE et, dans un premier temps, d'aborder le sujet avec l'ado concerné-e.

Pendant, si les pratiques à risque mettent la vie de l'ado en danger, surtout si elles sont répétées, il est raisonnable d'alerter l'équipe.

La consommation de produits toxiques addictifs (tabac, alcool, drogues)

Le contexte religieux et l'environnement social peuvent influencer sur la facilité d'accès aux produits. Par exemple, la possibilité de consommer de l'alcool sera généralement plus restreinte dans certains pays sahéliens qu'en Afrique centrale. D'autres produits peuvent être, au contraire, plus accessibles (solvants à inhaler, cannabis, etc.). Quoiqu'il en soit, l'adolescence est généralement une période à risque de consommation de produits toxiques.

Les raisons ont déjà été décrites : immaturité du cerveau (difficultés à mesurer les conséquences des actes, recherche de plaisir immédiat), pression des pairs, tendance à tester les limites et à braver les interdits.

Caractéristiques communes

Même si, encore une fois, les PE ne sont ni les parents ni des éducateurs, il est important de connaître les risques de ces produits.

Les caractéristiques générales des produits addictifs sont la dépendance et la tolérance :

- **La tolérance** est un phénomène qui se traduit par une diminution (plus ou moins rapide) de l'effet produit par une dose : le sujet est alors amené à augmenter sa consommation pour ressentir les mêmes effets. Le risque est d'arriver à une consommation abusive.

Exemple : la première fois que l'on boit une bière, on ressent rapidement les effets de l'alcool. Si on en consomme tous les jours, il faudra en boire plusieurs pour retrouver ces mêmes effets.

- **La dépendance** est un état qui pousse un consommateur habituel à reprendre le produit pour se sentir bien et pour éviter les symptômes (= les signes) de manque.

Exemple : une personne très dépendante de l'alcool va ressentir un malaise le matin : mal à la tête, tremblements, sueurs, palpitations, nausées... Ces signes disparaîtront lors de l'absorption d'alcool.

Le manque peut également être psychologique : on se sent mal (triste, déprimé) quand on ne consomme pas le produit dont on est dépendant, ce qui pousse à en reprendre.

Selon les produits, la dépendance est plutôt physique, plutôt psychologique ou mixte (les deux aspects sont présents).

Modes de consommation

On peut décrire trois situations différentes, à l'adolescence :

1. L'initiation ou la première prise du produit :

L'initiation a souvent lieu avec les pairs. L'ado peut subir la pression du groupe et accepter de goûter au produit pour être admis dans le groupe.

2. La consommation occasionnelle, au cours d'une fête, par exemple :

La consommation occasionnelle, lors de fêtes avec les ami·e·s, peut être favorisée par deux choses : montrer son appartenance au groupe (comme pour l'initiation) et avoir du plaisir à consommer le produit (bien-être, détente).

Si la consommation reste modérée, maîtrisée, sans autre signe inquiétant dans le comportement de l'ado, cette situation peut être acceptable.

3. L'abus du produit, c'est-à-dire la consommation répétée, quotidienne (ou très fréquente), excessive :

L'abus de consommation du produit est toujours pathologique, dangereux, à court terme et/ou à long terme, sur le plan médical et/ou social (scolarité, relations avec l'entourage amical ou avec la famille).



Les risques de ces produits

	DÉPENDANCE	DÉSOCIATION
Drogues injectables	+++	+++
Alcool	+ à +++	+++ (si dépendance)
Tabac	++	
Cannabis	+	+ (si consommation très régulière)
Cocaïne	+ (surtout psycho)	+ (si consommation très régulière)

COMPLICATIONS AIGÜES EN CAS DE SURDOSAGE (pouvant aller jusqu'au décès)

Drogues injectables	+++	(arrêt cardio-respiratoire, septicémie)
Alcool	++	(si prise massive)
Cannabis	+/-	(risque d'infarctus)
Cocaïne	++	(si injection)

COMPLICATIONS CHRONIQUES

Drogues injectables	Transmission VIH, hépatites B et C, malnutrition
Alcool	Cancer, cirrhose du foie
Tabac	Cancer, infarctus, AVC, maladies pulmonaires
Cannabis	Troubles de la mémoire, complications psychiatriques
Cocaïne	Troubles de la mémoire, complications psychiatriques

Les risques sont très variables d'un produit à l'autre :

Pour le tabac, ce sont les nombreuses complications médicales lors d'une consommation prolongée, favorisée par une dépendance fréquente.

Pour l'alcool, plusieurs risques sont à craindre : des complications médicales sévères, soit lors d'une intoxication aiguë, soit lors d'une consommation excessive, quotidienne et prolongée, ainsi qu'un risque de désocialisation en cas de dépendance. La dépendance à l'alcool n'est pas systématique, mais le sevrage d'une personne dépendante est particulièrement difficile (autant que pour l'héroïne si la dépendance est forte).

Pour le cannabis, les complications aiguës sont moins sévères et le risque de désocialisation moins fréquent, sauf chez les gros fumeurs de cannabis. Mais des complications d'ordre psychologique ou psychiatrique peuvent survenir, ainsi que des complications médicales (en partie liée au mélange du cannabis et du tabac dans les « joints »).

La cocaïne, plus rarement consommée par les adolescent-e-s en Afrique, peut entraîner également des complications d'ordre psychiatrique et des troubles du comportement qui ont un impact négatif sur la vie sociale. Des complications médicales sévères peuvent survenir en cas de surdosage.

Enfin, les drogues injectables, de type héroïne, cumulent plusieurs risques : ceux liés au produit (notamment le risque d'overdose), ceux liés à l'injection (infection, septicémie, transmission des virus des hépatites et du VIH), ceux liés à la désocialisation et au prix du produit. Sur ce dernier point, on note fréquemment un lien entre consommation régulière d'héroïne et délinquance ou prostitution.



Rôle des PE

Favoriser la prévention

Pour tous ces produits, le meilleur moyen de ne pas devenir dépendant ou consommateur excessif est de ne pas commencer.

Lors des activités de groupe, les PE pourraient proposer des séances d'information, d'échanges et de réflexion autour de ces produits afin de favoriser la prévention.

Pour les ados qui ont déjà commencé à consommer ces produits, l'attitude peut être modulée (= adaptée) en fonction du produit et du mode de consommation.

Trois options peuvent être envisagées :

1. Montrer l'exemple

Dans tous les cas, il est souhaitable que les PE montrent un comportement raisonnable, ne consomment pas de produits toxiques (ou avec une grande modération) et sachent refuser la pression du groupe.

En effet, si les ados peuvent être entraînés à consommer ces produits lorsqu'ils sont en groupe (initiation, consommation lors des fêtes), ils-elles peuvent également s'identifier aux leaders : l'admiration pour un·e PE qui ne consomme pas de produits toxiques peut pousser l'ado à se conduire comme lui-elle et à limiter sa consommation ou à refuser de prendre tel ou tel produit.

2. Évaluer les situations

Si un·e PE est témoin chez un·e ado de prise excessive d'alcool ou de cannabis, la première étape serait d'évaluer si cette conduite est habituelle, régulière ou au contraire plutôt rare. Et de s'entretenir avec l'ado pour chercher s'il existe d'autres problèmes dans sa vie.

Une intoxication alcoolique aiguë (une « cuite ») est banale à l'adolescence (sauf en cas d'interdit religieux) : elle peut être considérée comme une recherche de limites, surtout si elle ne se produit qu'une fois.

En revanche, un·e ado qui boit de l'alcool jusqu'à se rendre malade chaque soirée, ou qui fume du cannabis tous les jours, nécessite de la part des PE une attention particulière.

3. Échanger avec l'équipe soignante (ou référer)

Sans dramatiser une prise d'alcool ou de cannabis occasionnelle, lors d'une fête, les PE ne doivent pas non plus banaliser ces prises de produits : une consommation régulière et/ou excessive d'alcool ou de cannabis risque d'avoir des effets néfastes sur la vie de l'ado, sur son observance au traitement (éventuellement sur l'efficacité de certains ARV en raison des interactions avec l'alcool). De plus, cela peut témoigner de difficultés sous-jacentes (masquées par la prise du toxique).

Si la situation de l'ado semble fragile ou complexe (entourage familial faible ou stigmatisant), qu'il existe des signes évoquant une dépression, que la consommation est excessive et/ou quotidienne, il paraît justifié de transmettre cette information à l'équipe afin de proposer une prise en charge adaptée.

Enfin, il nous semble que la consommation d'autres drogues (cocaïne, crack, héroïne, etc.) doit dans tous les cas être signalée à l'équipe soignante.

Les conduites à risque spécifiques aux ados vivant avec le VIH

En plus des exemples précédents (consommation de produits toxiques, prise de risques physiques), **la mauvaise observance des traitements ARV peut être, dans certains cas, envisagée comme une conduite à risque.**

On peut considérer que la mauvaise observance est une conduite à risque lorsque l'adolescent·e ne prend pas son traitement (ou très irrégulièrement) alors qu'il-elle pourrait le prendre : pas de problème pour venir chercher ses ARV, pas d'effets secondaires, soutien familial régulier. L'adolescent·e a reçu l'annonce du diagnostic et connaît les risques d'un arrêt de traitement (ou d'une prise irrégulière des comprimés).

Chez l'adolescent·e, ce comportement peut être expliqué par l'immaturation de son cerveau : il est sensible aux bénéfices à court terme (ne plus avoir à se rappeler les horaires, faire comme les autres adolescent·e.s non malades, par exemple). Et il-elle accorde peu d'importance aux conséquences à long terme de ses actes (la survenue de résistance au traitement, de maladies opportunistes).

Avant de parler de conduite à risque, il est important de prendre en compte le contexte et la cause possible de la mauvaise observance, parfois liée à des problèmes d'effets secondaires ou à des problèmes économiques (voir « Observance et inobservance », p. 84).

En cas de refus de prise du traitement (ou de prise très irrégulière), on peut distinguer plusieurs situations (et degrés de gravité) :

Dans le premier cas, l'adolescent·e est en bonne santé, ses derniers CD4 élevés, et sa charge virale était jusqu'alors indétectable. **L'arrêt du traitement est parfois une sorte de test**, qui permet de répondre aux questions suivantes :

- est-ce que je suis vraiment infecté·e par le VIH ?
- est-ce que je vais vraiment tomber malade si j'arrête de prendre mes ARV ?
- est-ce qu'on ne se sent pas mieux quand on arrête de prendre les traitements ?

Cette situation se rencontre fréquemment à l'adolescence, qui est une période pendant laquelle le discours des adultes est souvent remis en cause.

La réponse de l'équipe soignante et des PE doit alors prendre en compte les préoccupations de l'adolescent·e. Il faut fournir des réponses justes, des explications précises. Par exemple : « il est vrai que l'on peut arrêter de prendre ses traitements et se sentir mieux ; mais le VIH va recommencer à se multiplier, des résistances peuvent apparaître et des maladies peuvent survenir, plus tard. »

Pour éviter de rester dans des explications trop théoriques, des PE ayant connu un échec de traitement peuvent témoigner de la difficulté de prendre les ARV de deuxième ligne ou de la difficulté d'avoir une charge virale indétectable une fois que l'on a été en échec de traitement de première ligne.

Dans d'autres cas, la situation est beaucoup plus grave : l'ado est en mauvais état clinique et nutritionnel, ses CD4 sont bas, il·elle a eu plusieurs CV élevées et il·elle ne veut toujours pas prendre ses ARV, malgré le soutien par des PE et de l'équipe.

Parfois l'ado est conscient·e des risques, mais ne trouve pas la motivation pour reprendre son traitement (voir « *Troubles psychologiques et dépression* », p. 111) ; dans d'autres cas, il·elle reste dans le déni de la gravité de son état et refuse de reconnaître qu'il·elle se met en danger.

Dans les deux cas, la prise en charge relève d'un spécialiste (psychologue, psychiatre ou médecin formé) et d'un soutien pluridisciplinaire.

Entre ces deux extrêmes, des situations intermédiaires peuvent se voir. Globalement, à partir du moment où le traitement est repris par l'ado lorsque des signes apparaissent (CV détectable, baisse des CD4, perte de poids, etc.), cela est rassurant. Mais il faudra le·la soutenir de façon rapprochée.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les conduites à risque font partie de la période de l'adolescence.

Elles s'intègrent dans le besoin de tester son corps, de séduire, d'essayer des choses nouvelles, y compris celles qui sont interdites.

La maturation incomplète du cerveau et la pression des pairs favorisent la prise de risque.

L'abus de prise de produits toxiques, la répétition des conduites à risque ou des conduites à risque dans plusieurs domaines (alcool, risques physiques, mauvaise observance, par exemple) doivent alerter les PE et les conduire à référer l'adolescent·e vers une prise en charge spécialisée.



**Santé Sexuelle
et de la
Reproduction
(SSR)**

Quelques notions sur le sexe et le genre

Quelles différences entre sexe et genre ?

Le tableau suivant permet de comparer les deux notions :

LE SEXE	LE GENRE
Est inné et hérité.	Est acquis et appris.
Ne change pas.	Est évolutif et modifiable.
Est biologique et désigne : - les organes génitaux, - les chromosomes, - les conditions physiques (force, poids, taille...).	Est construit par la société et découle : - de la culture, - du processus d'apprentissage, - des rôles assignés aux femmes et aux hommes dans une société donnée.
Permet d'identifier les différences entre les femmes et les hommes.	Permet d'identifier les relations entre les femmes et les hommes.

Le sexe est une donnée biologique ; il est défini par les caractéristiques génétiques et physiques d'une personne présentes dès la naissance (on naît avec). Tandis que le genre décrit ce qu'une société définit comme féminin ou masculin à une époque donnée. Autrement dit, le genre permet de comprendre les rôles qui sont assignés aux femmes et aux hommes dans une société donnée. Ces attributions sont donc construites par la société et peuvent évoluer.

Identité de genre et identité sexuelle : qu'est-ce que c'est ?

L'identité de genre d'une personne est le genre auquel cette personne s'identifie. Il peut être différent du genre assigné à la naissance : par exemple, une personne de sexe féminin peut s'identifier par le « genre masculin » et une personne de sexe masculin s'identifier par le « genre féminin ».

L'orientation sexuelle correspond à l'attraction amoureuse/sexuelle pour l'un et/ou l'autre sexe.

Exemples :

- **Homosexualité** : attraction pour les personnes du même sexe : gay / homosexuel se dit pour un homme qui éprouve de l'attraction uniquement pour les hommes ; lesbienne / homosexuelle se dit d'une femme qui éprouve de l'attraction uniquement pour les femmes.
- **Bisexualité** : attraction d'une personne pour les femmes et pour les hommes.
- **Pansexualité** : attraction sentimentale ou sexuelle pour des personnes quel que soit leur sexe, leur identité de genre et leur orientation sexuelle.
- **Hétérosexualité** : attraction pour les personnes de l'autre sexe.

Il existe d'autres orientations sexuelles qui ne seront pas décrites ici. Dans leur pratique d'accompagnement, les PE sont appelé·e·s à rester ouvert·e·s aux différentes possibilités et à apporter l'écoute nécessaire aux ados/jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle. Les PE pourront également faire le lien avec les professionnels (psychologues, médecins, etc.) lorsque cela sera nécessaire.

Quelques sigles courants en santé publique en lien avec l'orientation sexuelle :

FSF : abréviation utilisée pour « **femme ayant des relations sexuelles avec des femmes** ». Elle désigne toute femme qui a des relations sexuelles avec une autre femme, qu'elle s'identifie en tant qu'homosexuelle, bisexuelle ou hétérosexuelle ou refuse de se définir par son orientation sexuelle.

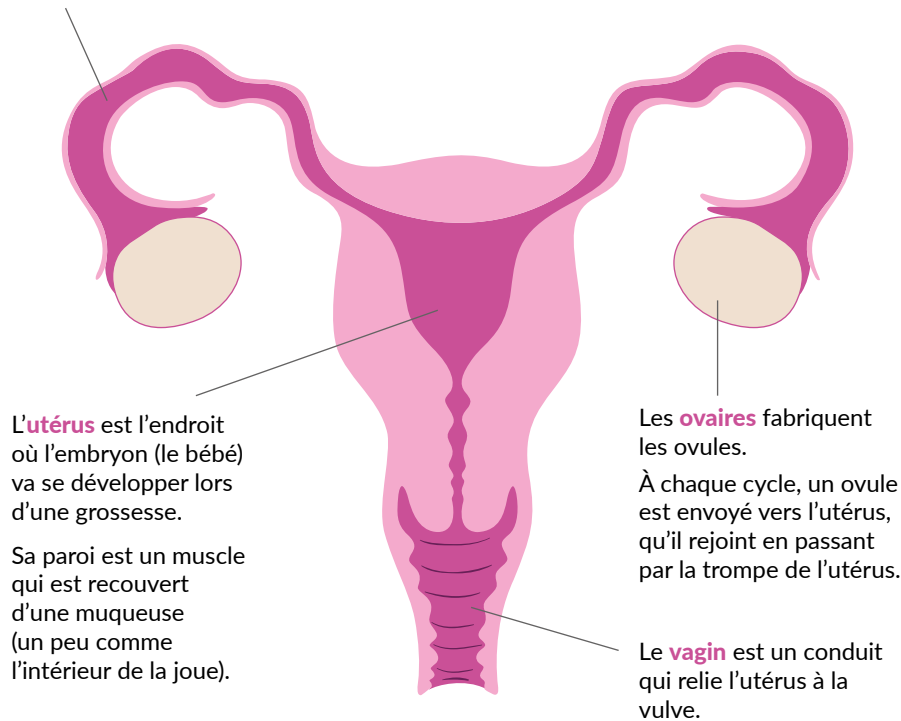
HSH : abréviation utilisée pour « **homme ayant des relations sexuelles avec des hommes** ». Elle désigne tout homme qui a des relations sexuelles avec un autre homme, qu'il s'identifie en tant qu'homosexuel, bisexuel ou hétérosexuel ou refuse de se définir.

LGBT+ : ce sigle désigne les **lesbiennes**, les **gays**, les **bisexuels**, les **transgenres** et les **autres minorités sexuelles et de genre**.

Quelques repères anatomiques et physiologiques

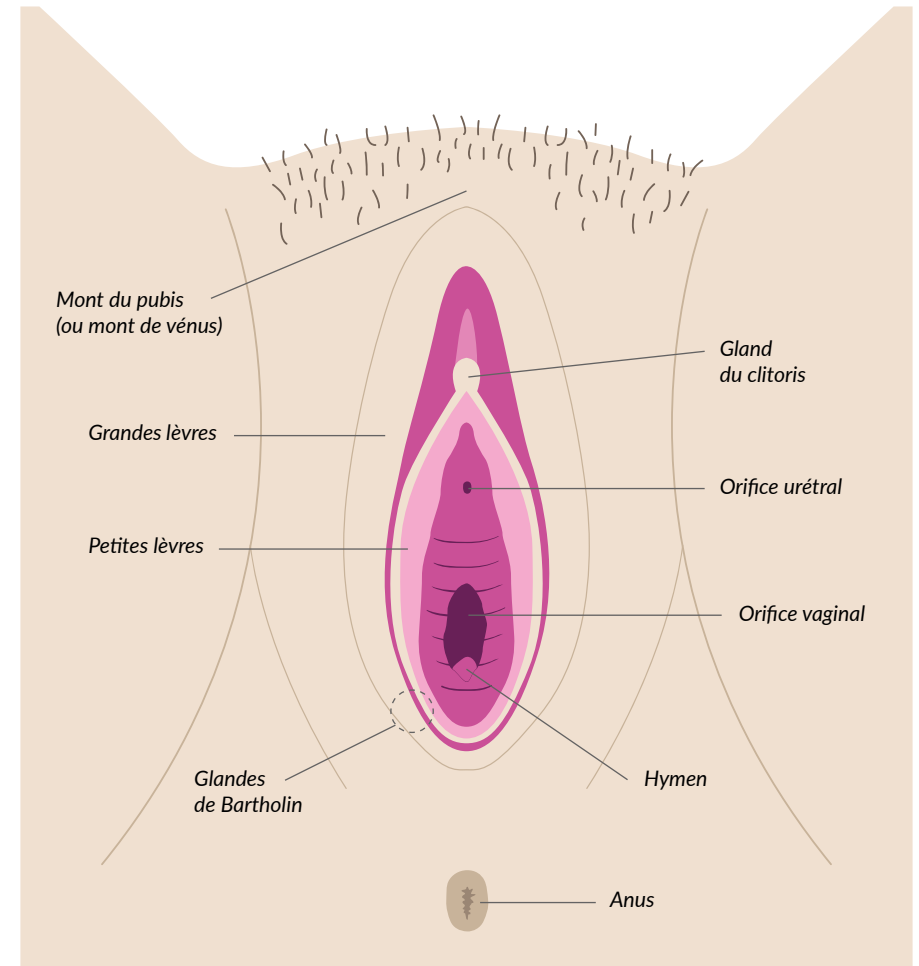
L'appareil génital féminin

La **trompe** est le lieu de passage de l'ovule vers l'utérus, c'est le lieu de rencontre entre celui-ci et le spermatozoïde.



Vue d'une vulve en position gynécologique :

La vulve est l'ensemble des organes génitaux externes de la femme : c'est la partie visible du sexe féminin.



L'orifice urétral est la partie extérieure de l'urètre, canal qui est relié directement à la vessie. C'est par cet orifice que l'urine s'écoule.

L'orifice vaginal est la partie externe du vagin.

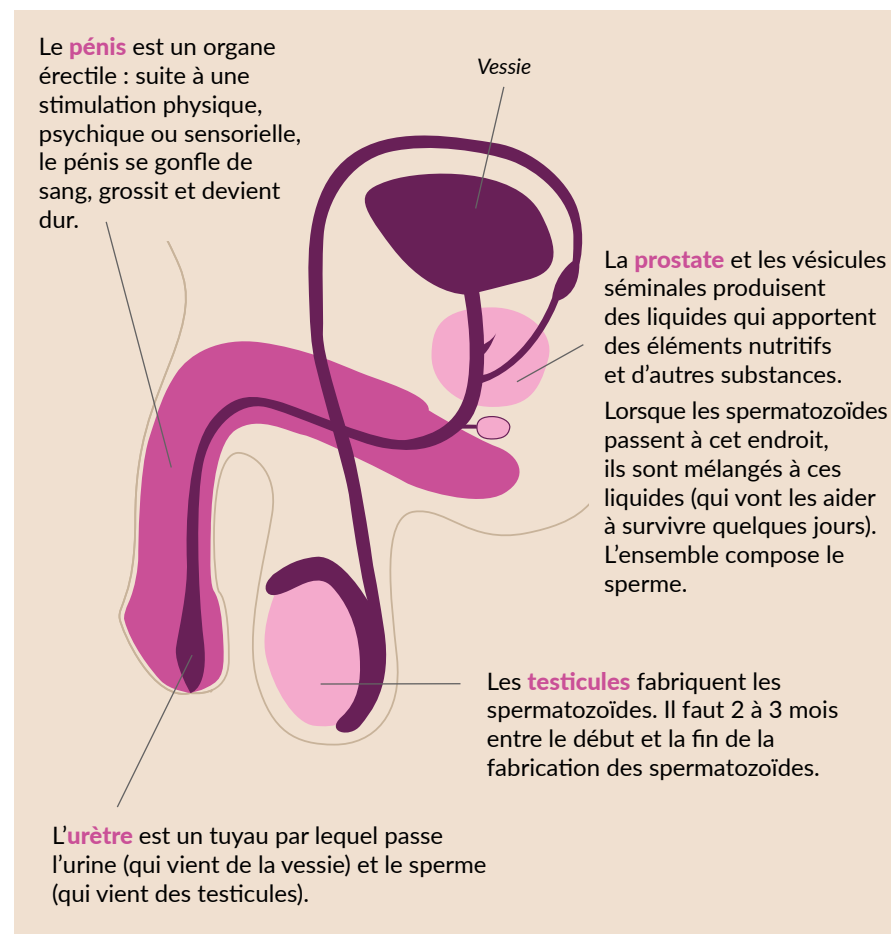
Les petites lèvres : de taille différente en fonction des individus, elles se développent lors de la puberté et permettent de protéger le clitoris, l'urètre et le vagin.

Les grandes lèvres : elles entourent l'ensemble des orifices visibles et le clitoris. Parfois, elles recouvrent l'entièreté des petites lèvres.

Le clitoris est un petit organe érectile situé au niveau de la partie antérieure de la vulve. Sa partie émergente, appelée le « gland », se prolonge à l'intérieur de la vulve. Le clitoris joue un grand rôle dans l'excitation et le plaisir féminin.

L'hymen est une membrane très fine et fragile, qui ferme partiellement le vagin. Difficile à voir et à palper, elle peut se déchirer au cours d'une pénétration sexuelle, digitale ou en d'autres circonstances (utilisation de tampons, pratique de certains sports, etc.).

L'appareil génital masculin



Lors d'un rapport sexuel, au moment où le garçon atteint l'orgasme (haut niveau de plaisir), des contractions font sortir les spermatozoïdes des testicules.

Le sperme peut contenir des virus (VIH, hépatite B, Ebola, etc.) qui peuvent être transmis au partenaire en cas de relation sexuelle sans préservatif (voir « Les infections sexuellement transmissibles (IST), qu'est-ce que c'est? », p. 157).

Foire aux questions

Est-ce qu'un jeune garçon qui a utilisé un préservatif peut dévierger une fille ?

Oui.

La virginité est liée à la présence de l'hymen, qui est une membrane fragile, présente au niveau de la vulve chez la jeune fille qui n'a pas encore eu de rapport sexuel. Le fait de mettre un préservatif ne protège pas la virginité de la jeune fille, car la pénétration du pénis dans le vagin détruit l'hymen (et la jeune fille est ainsi « déviergée »).

Traditionnellement, on parle de virginité lorsqu'une personne n'a jamais eu de rapport sexuel. Ceci n'est pas lié à l'utilisation ou non d'un préservatif, qui a pour objectif de protéger contre les IST, la transmission du VIH et de prévenir les grossesses. Physiquement, chez la jeune fille, on a tendance à associer la perte de la virginité à la rupture de l'hymen, pourtant cette membrane peut être rompue pour d'autres raisons (comme l'utilisation de tampons) et pas seulement par une pénétration. Par ailleurs, les rapports sexuels ne se limitent pas à la pénétration vaginale par un pénis, le terme « vierge » tel qu'il l'est utilisé est donc très flou.

Est-ce qu'une fille qui a un clitoris n'est pas fidèle ?

En fait, cette question est mal posée, car elle sous-entend que réaliser l'ablation du clitoris chez une femme est une option envisageable.

Certaines personnes prétendent ce genre de choses pour défendre des pratiques injustifiables comme l'excision ou les mutilations génitales. Ces actes sont considérés comme des crimes et sont punis par la loi dans de plus en plus de pays.

Il n'y a pas de rapport entre la fidélité, qui est un comportement d'ordre moral et social et le fait d'éprouver du plaisir grâce à son clitoris.

Le clitoris fait partie intégrante du corps de chaque femme. Il est aussi absurde de chercher des raisons pour lui enlever que d'imaginer couper le gland du pénis des garçons pour quelque raison que ce soit.

La puberté, c'est quoi ?

La puberté est un phénomène qui se traduit par des **modifications physiques et physiologiques**.

Ces modifications sont induites par la production d'hormones « sexuelles » :

- **chez la fille** : principalement les œstrogènes, produits par les ovaires ;
- **chez le garçon** : principalement la testostérone, produite par les testicules.

La combinaison de ces hormones fera apparaître les caractères sexuels dits secondaires, qui varient selon le sexe (et les individus).

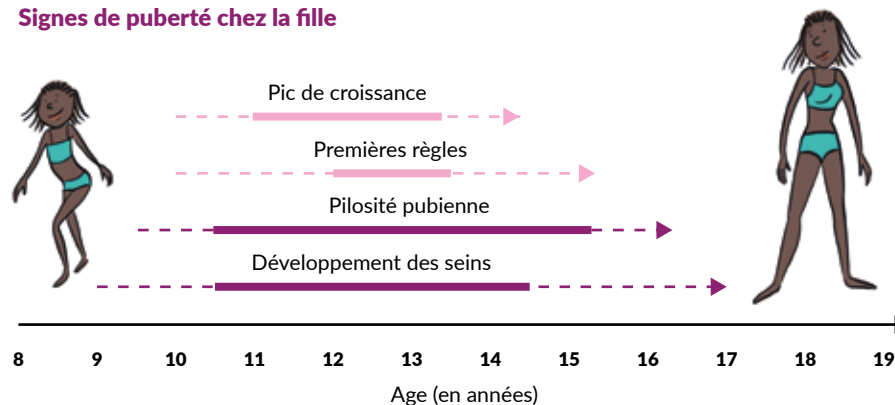
Chez les filles

La puberté commence vers 11 ans (en fait, entre 8 et 14 ans selon les filles).

On observe d'abord une modification des seins (qui mettront quatre à cinq ans avant d'avoir leur aspect définitif).

Puis des poils apparaissent sur le pubis et les aisselles, le clitoris se développe et la croissance en taille s'accélère. Les hanches s'élargissent. Au niveau de la vulve, les petites lèvres vont également se développer.

Signes de puberté chez la fille



Surviennent ensuite les premières règles (menstruations), environ deux ans après le début de la puberté (vers 13 ans en moyenne).

Puis la croissance ralentit et la taille définitive est atteinte vers 16 ans (variable en fait selon l'âge de début de la puberté).

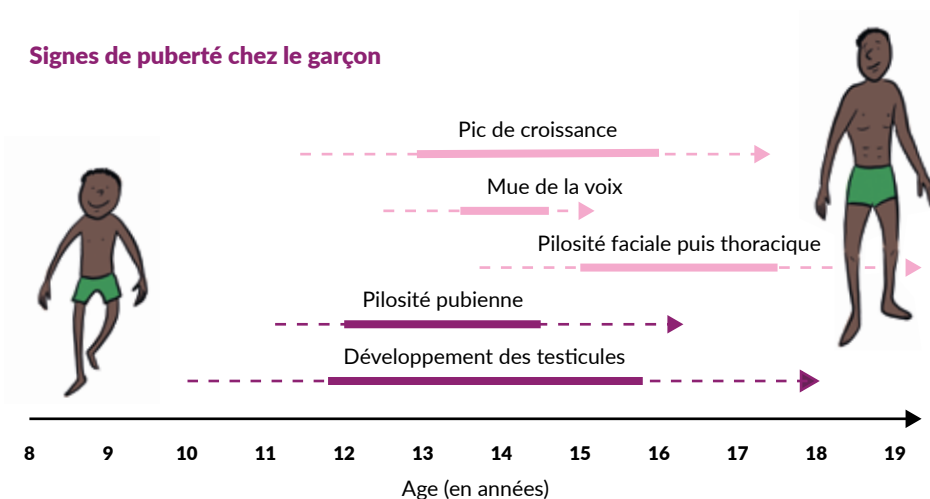
Chez les garçons

La puberté commence environ un an plus tard que chez les filles, par une augmentation de la taille des testicules. La peau autour des testicules (le scrotum) devient plus sombre et la pilosité apparaît.

Un à deux ans plus tard (13-14 ans), le pénis grossit et s'allonge. Les testicules poursuivent leur croissance, les premières éjaculations apparaissent. La voix commence à muer et la croissance en taille s'accélère.

Finalement, des poils apparaissent aussi sur la poitrine et le visage (la pilosité du visage et du corps est variable d'un adolescent à l'autre). La croissance ralentit, mais les muscles continuent de se développer. En particulier, les épaules s'élargissent. La taille finale est en général atteinte autour de 18 ans.

Signes de puberté chez le garçon



Foire aux questions

Chez les ados vivant avec le VIH, la puberté survient-elle au même âge que chez les autres ados ?

En fait, il semble que le début de la puberté soit un peu retardé chez les adolescent·e·s vivant avec le VIH, de six mois à un an selon le critère que l'on observe (pilosité pubienne, développement des seins ou des testicules). Mais ce retard est encore plus marqué chez les enfants et les ados dont le VIH n'est pas maîtrisé.

On observe également un retard dans la maturité sexuelle (la fin de la puberté) chez les adolescent·e·s vivant avec le VIH, ce retard étant associé au retard en taille.

Lorsque le VIH est contrôlé, il semble que l'âge de la puberté soit sensiblement le même que chez les adolescent·e·s non infecté·e·s par le VIH.

Un adolescent avec un retard pubertaire, qui ressemble à un enfant, réfléchit-il aussi encore comme un enfant ?

Non, la maturation du cerveau et l'évolution des raisonnements ne sont pas liées aux changements physiques.

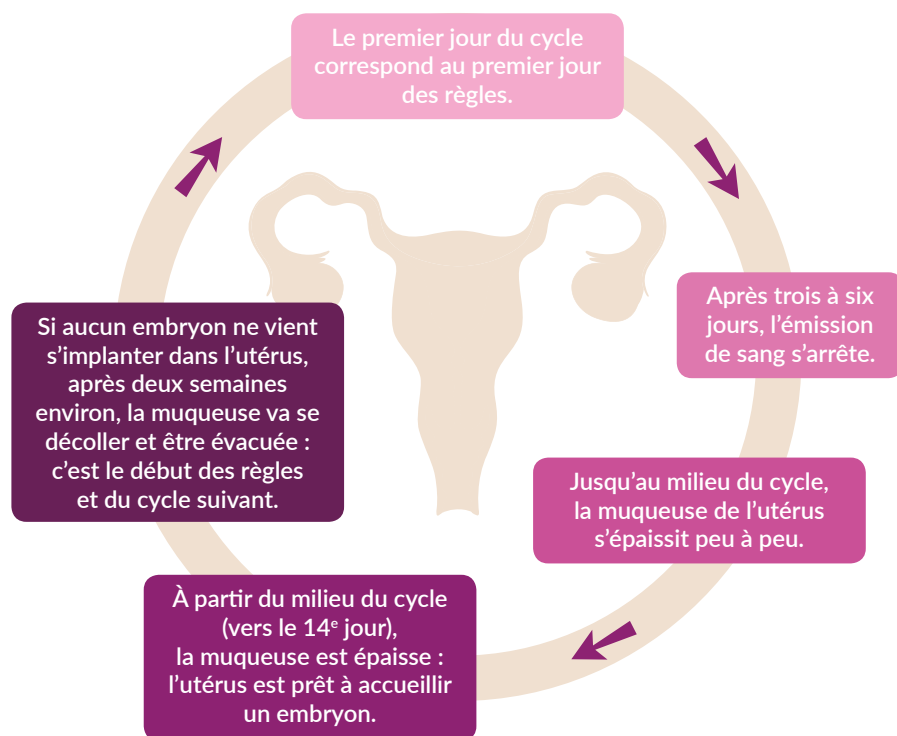
Certain·e·s adolescent·e·s ont encore un corps d'enfant alors qu'ils·elles sont capables de comprendre des choses compliquées, comme les adultes.

Les PE (et les membres de l'équipe soignante en général) doivent faire attention à adapter les explications aux possibilités de compréhension de l'ado et à ne pas se fier uniquement à son aspect physique.

Les règles

Les règles (ou menstruation) sont un mélange de sang et de cellules qui viennent de l'utérus, d'une part, et de sécrétions (= des liquides) qui viennent du vagin, d'autre part. Elles sont produites régulièrement, en moyenne tous les 28 jours.

Le cycle de l'utérus :



Toutes ces modifications sont liées à des changements hormonaux. Il existe des interactions (= relations réciproques) entre certaines hormones produites dans le cerveau et celles qui sont synthétisées (= fabriquées) dans les ovaires. Le taux (= niveau) de ces hormones varie au cours du cycle. Ce sont ces variations qui provoquent les modifications au niveau de l'utérus et la survenue des règles de façon régulière.

Lorsqu'il y a une fécondation, l'embryon (le futur bébé) va s'implanter dans l'utérus et fabriquer le placenta. Cet organe permettra les échanges entre l'embryon et sa mère, et en particulier les apports (= l'arrivée) d'oxygène et de l'alimentation. Le placenta sécrètera (= fabriquera) aussi des substances pour arrêter le cycle des hormones. Donc, pendant la grossesse, les règles s'arrêtent. Elles reprendront quelques semaines ou quelques mois après l'accouchement.



Foire aux questions

Pourquoi les règles ne viennent pas toujours au bout de 28 jours ?

Chez les adolescentes, les premières règles surviennent souvent de façon irrégulière. Le cycle des hormones produites au niveau du cerveau et des ovaires n'est pas encore bien équilibré, ce qui a des conséquences sur le cycle de l'utérus (et la régularité de la survenue des règles).

Généralement, après quelques mois, le cycle devient plus régulier. En moyenne, il dure 28 jours, mais il peut être plus court chez certaines femmes et plus long chez d'autres.

Certaines femmes gardent des cycles de durée variable toute leur vie.

Enfin, les règles peuvent s'arrêter pendant quelques mois, en particulier lorsque l'on est malade ou que l'on souffre de malnutrition.

Est-ce qu'il peut y avoir du VIH dans les règles ?

Oui, c'est possible. Comme les règles sont très riches en sang, si la charge virale est détectable, le liquide des règles contiendra du VIH.

Il faut donc prendre des précautions pour éviter une transmission accidentelle. Cependant, comme le VIH survit peu de temps en dehors du corps, le risque est limité.

En revanche, il est logique de penser que si on a des relations sexuelles non protégées pendant les règles (et que la CV est détectable), le risque de transmission du VIH est plus important à cette période du cycle.

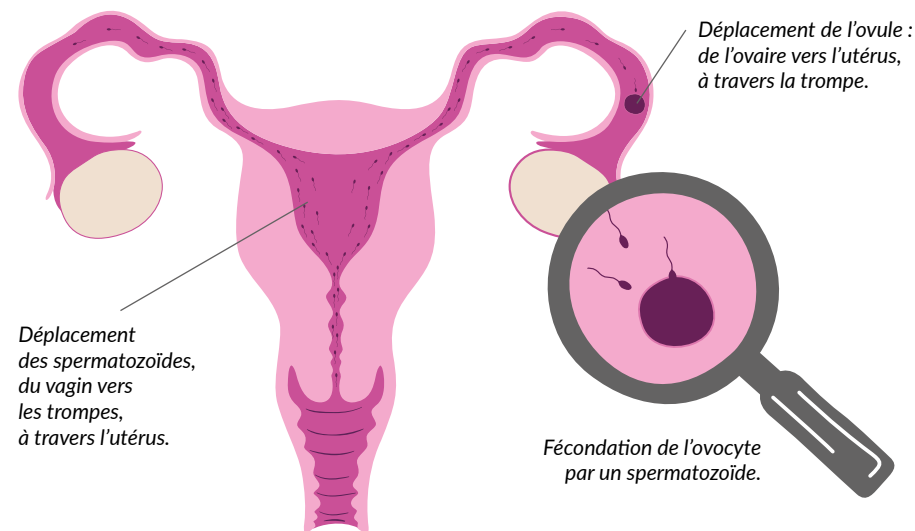
La procréation

La **procréation**, ou l'action qui consiste à **créer un bébé**, résulte de la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovocyte.

L'ovocyte est « préparé » dans l'ovaire. Quand il est mûr (= prêt à être fécondé), l'ovocyte sort de l'ovaire et se dirige vers l'utérus à travers la trompe (soit la trompe droite, soit la trompe gauche).

S'il y a une relation sexuelle non protégée en même temps que l'ovulation, il peut y avoir fécondation de l'ovocyte par un spermatozoïde.

Remarque : si l'ovulation a lieu dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non protégé, il peut (théoriquement) y avoir une fécondation, car les spermatozoïdes peuvent survivre jusqu'à cinq jours dans l'appareil génital féminin.



Cette cellule (appelée « œuf ») est à moitié composée par les gènes de la maman et à moitié par les gènes du papa.

Cet œuf se dirige alors vers l'utérus et s'y implante. Après de nombreuses étapes de développement, un bébé naîtra au bout de neuf mois.

La contraception

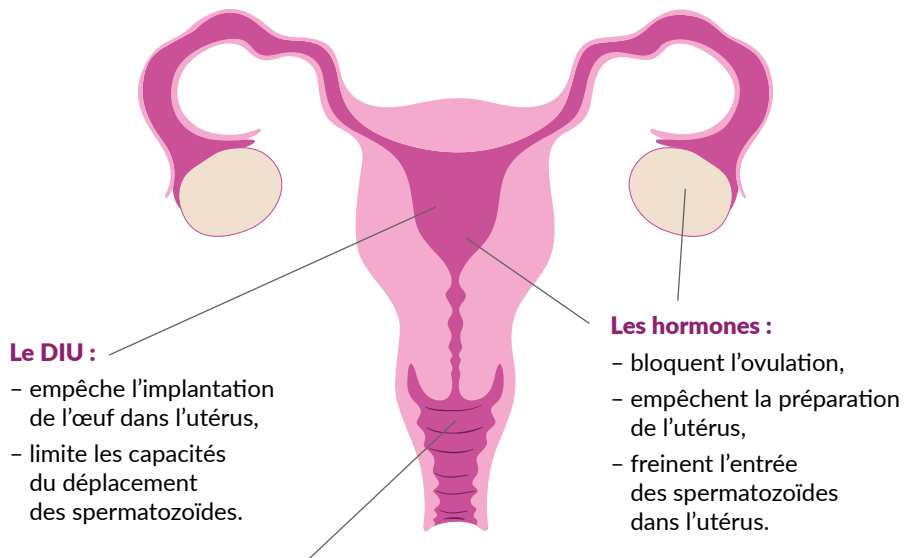
Pour éviter la procréation (donc de tomber enceinte), il existe plusieurs moyens (ou méthodes) de contraception.

Les principes de la contraception

Pour la plupart des méthodes, il s'agit d'empêcher la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovocyte.

Les méthodes les plus utilisées en Afrique sont :

- les moyens mécaniques = **les préservatifs** ;
- **les méthodes hormonales** ;
- **le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet**.



Les préservatifs (masculins et féminins) :

- empêchent les spermatozoïdes d'entrer dans le vagin et l'utérus.

Les moyens de contraception

Les moyens mécaniques = les préservatifs :

Principe : on empêche l'entrée des spermatozoïdes dans le vagin et l'utérus.

LES PRÉSERVATIFS MASCULIN ET FÉMININ



Préviennent les grossesses et les IST

Pas d'hormones,
pas d'effets secondaires



Doivent être utilisés à chaque rapport

Parfois difficile à négocier
par les femmes

Il est important de donner aux jeunes filles l'information sur l'importance du préservatif et des arguments à exposer à leur partenaire.

Les garçons doivent également, très tôt, être mieux sensibilisés et éduqués sur les enjeux de l'usage du préservatif.

LE PRÉSERVATIF MASCULIN



Facile à obtenir, gratuitement
ou à prix réduit



Intolérance possible (allergie au latex)

Peut glisser ou se déchirer, diminuer
le plaisir, changer les sensations

LE PRÉSERVATIF FÉMININ



Solide, pas de risque d'intolérance

Peut être mis en place avant l'acte sexuel, éventuellement sans l'accord du partenaire

Très efficaces s'ils sont utilisés systématiquement et dès le début de chaque rapport sexuel. À conseiller en première intention aux adolescent·e·s sexuellement actif·ve·s, en association avec une autre méthode.



Moins facile à trouver, plus cher s'il faut l'acheter



Foire aux questions

Le diaphragme et la cape cervicale, ça peut remplacer les préservatifs ?

Ces deux dispositifs sont également des méthodes mécaniques.

Ce sont comme des petits chapeaux que la femme place, avant le rapport sexuel, à l'intérieur de son vagin, sur le col de l'utérus.

En silicone ou en latex, ils sont réutilisables après un lavage simple à l'eau et au savon, on peut les mettre en place à l'avance.

Mais pour une bonne efficacité, ils doivent être utilisés avec un spermicide (produit qui détruit les spermatozoïdes), ce qui entraîne un coût non négligeable. S'ils sont mal positionnés, ces dispositifs sont inefficaces. En outre, ils ne protègent pas des IST.

Donc, ces dispositifs ne présentent pas d'avantages par rapport aux préservatifs et il vaut mieux les éviter.

Les méthodes dites naturelles, c'est efficace ?

Il existe de nombreuses méthodes de contraception dites naturelles.

Certaines méthodes permettent d'aider la femme à savoir (plus ou moins précisément) le jour où l'ovule va sortir de l'ovaire. Ainsi cette femme essaiera d'éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées aux alentours de la date de son ovulation (quelques jours avant et quelques jours après).

La méthode du retrait est une autre méthode : l'homme retire son pénis du vagin quand il sent qu'il va éjaculer.

Nous ne détaillons pas ces méthodes, car elles ne sont pas fiables du tout.

Ces méthodes sont à éviter, car le risque de grossesse est trop élevé. En outre, elles ne protègent pas des IST.

Les méthodes hormonales :

Principe : on modifie le cycle de l'ovaire et de l'utérus :

→ l'ovaire ne produit plus d'ovule ;

→ l'utérus ne se prépare pas à recevoir un œuf fécondé ;

→ et le passage des spermatozoïdes du vagin vers l'utérus est diminué.

Trois méthodes hormonales sont facilement accessibles.

L'IMPLANT

Petit cylindre inséré sous la peau, à l'intérieur du bras, qui délivre des hormones de façon continue.



Très efficace en théorie et relativement discret

Longue durée d'action : plusieurs années.



Règles irrégulières ou absentes (mais c'est parfois un avantage pour certaines femmes)

Interaction avec certains antirétroviraux (ARV) : moins efficace si le traitement contient de l'EFV

Bonne option pour les adolescentes, mais le traitement ARV doit parfois être modifié.

LES HORMONES INJECTABLES



Injection d'une forte dose d'hormone tous les deux ou trois mois (selon les produits). Dépo-provera®, qui est le produit le plus souvent proposé, nécessite une injection tous les trois mois.



Très efficace (à condition de ne pas laisser passer la date de l'injection)

Pas d'interaction avec les ARV



Règles irrégulières ou absentes ou au contraire saignements très fréquents

Peut faire grossir et fragiliser les os

Méthode non recommandée en première intention chez les adolescentes si un autre moyen est possible.

LA PILULE (COMPRIMÉ À AVALER)



Comprimé à prendre tous les jours (avec pour certaines pilules un arrêt d'une semaine). La contraception est effective en moins de 48 heures si on commence le premier jour des règles. Sinon, il faut utiliser les préservatifs pendant une semaine à dix jours avant d'être sûr que la pilule est efficace.



Très efficace (sauf si oubli de prise)

Interaction avec certains ARV, mais la contraception reste généralement efficace



Disparition des règles avec certaines pilules

Nombreux effets secondaires possibles (variables selon la composition des pilules et leur dosage)

La pilule n'est pas conseillée chez les adolescentes ayant des problèmes d'observance aux ARV.

En cas d'oubli : risque de grossesse (+/- important selon le type de pilule).
→ utiliser des préservatifs et prendre rapidement avis auprès d'un soignant (médecin ou sage-femme).

Foire aux questions

J'ai une amie qui prenait la pilule. Elle a arrêté il y a trois mois et n'est toujours pas enceinte : ça veut dire qu'elle est stérile maintenant ?

Non, pas du tout. La contraception ne rend pas stérile.

Il est tout à fait banal de devoir attendre plusieurs cycles avant de tomber enceinte (même si cela peut aussi arriver après une seule relation sexuelle non protégée!).

Lorsqu'une personne a pris une contraception hormonale (pilule, injection), il peut se passer quelques semaines avant que les cycles soient à nouveau réguliers.

Mais il ne faut pas s'inquiéter avant au moins un an, il est probable qu'une grossesse survienne plus tard. Et, encore une fois, la prise de la pilule n'est pas en cause.

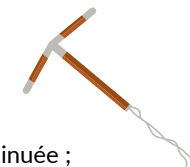
Si on prend des hormones et aussi des ARV, on ne risque pas d'avoir beaucoup d'effets secondaires ?

Il existe effectivement un risque. Les effets secondaires de certains ARV peuvent contre-indiquer certaines contraceptions hormonales.

Généralement, c'est la patiente qui choisit sa contraception, après des explications sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

Mais s'il y a des contre-indications particulières, le médecin ou la sage-femme proposera uniquement les méthodes qui sont compatibles (= que l'on peut associer) avec le traitement ARV et l'état de santé de l'adolescente.

Le dispositif intra-utérin (DIU) :



Principe :

→ la capacité des spermatozoïdes à féconder un ovocyte est diminuée ;

→ la muqueuse de l'utérus n'est pas en condition pour recevoir un œuf fécondé.

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (DIU)

Dispositif en plastique, en forme de T, de 3 cm environ, qui est placé à l'intérieur de l'utérus par un professionnel de santé. Il en existe deux sortes : le DIU au cuivre et le DIU hormonal.

DIU au cuivre : les spermatozoïdes deviennent inactifs et incapables de féconder un ovule. Il existe aussi une inflammation locale au niveau de l'utérus, qui rend difficile l'implantation d'un ovule fécondé.

DIU hormonal : diminue l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus et la possibilité d'implantation d'un ovule fécondé dans l'utérus (la muqueuse ne se prépare pas à accueillir l'ovule fécondé).



Très efficace
et aucun risque d'oubli

Peut être conservé
plusieurs années

Pas d'interaction avec les ARV

Le DIU est déconseillé chez les adolescentes en cas d'immunodépression avancée (CD4 < 200 cellules/mm³) ou de stade clinique III ou IV.



Règles irrégulières ou absentes
ou au contraire saignements
très fréquents (DIU hormonal)

Règles abondantes plus
douloureuses (DIU au cuivre)

Douleur à la pose, expulsion
ou migration possible (très rare)

Risque d'infection, surtout en cas de
relations sexuelles sans préservatif
avec des partenaires multiples

Bonne option pour les adolescentes, même avant la première grossesse.

La contraception d'urgence :

Ces méthodes peuvent être utilisées après une relation sexuelle à risque. Il existe deux méthodes : la **pilule** et le **dispositif intra-utérin (DIU)**.

LA « PILULE DU LENDEMAIN »

Comprimé fortement dosé en hormones, à prendre dès que possible (dans les 72 heures) après une relation sexuelle à risque



Réduit le risque de grossesse

Bien toléré en général



N'élimine pas le risque de grossesse

Méthode à éviter de façon répétée

LE DIU AU CUIVRE

DIU placé dans les 5 jours qui suivent une relation sexuelle à risque



Plus efficace que la pilule « du lendemain »

Peut être laissé en place et servir de contraception ensuite



Contre-indiqué en cas d'IST en cours ou récente

Aucune des deux méthodes ne protège des IST : consulter au moindre symptôme.

Les adolescentes doivent être informées de l'existence de ces méthodes. Cependant, si une ado utilise de façon répétée la contraception hormonale d'urgence, il faut la conseiller et lui donner accès à un autre mode de contraception.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les méthodes contraceptives sont nombreuses.

Il n'existe pas de contre-indication formelle à l'une ou l'autre méthode : le médecin ou la sage-femme conseillera la patiente en fonction des avantages et des inconvénients de chacune.

Globalement :

- **la pilule doit être évitée chez les patientes qui ont des problèmes d'observance ;**
- l'implant est moins efficace en cas de prise d'EFV ;
- Dépo-provera® (injectable) peut avoir des effets secondaires gênants pour les adolescentes ;
- **le DIU est contre-indiqué en cas d'immunodépression sévère.**

Au final, **le choix de la méthode revient à la patiente.**

Interruption de grossesse (avortement)

Selon les pays, la loi sur l'interruption de grossesse est très variable. Dans certains pays, l'interruption volontaire est autorisée ; dans d'autres, seule l'interruption thérapeutique est possible. Enfin, certains pays interdisent toute forme d'avortement.

Interruption thérapeutique et interruption volontaire : deux situations très différentes

L'avortement consiste à arrêter une grossesse de façon volontaire. On distingue les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) et les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Il existe des différences fondamentales entre ces deux interventions.

Principales différences	IVG	ITG
Qui prend la décision ?	La femme enceinte	Une équipe médicale
Dans quelles conditions ?	Demande de la femme	Risque vital pour la femme ou malformation très sévère du fœtus
Existe-t-il un délai maximal ?	Oui (variable selon les pays)	Non, peut être fait durant toute la grossesse

Les indications de l'ITG sont faciles à comprendre. Il s'agit de sauver la vie de la future maman, qui risque de mourir si la grossesse se poursuit ou d'arrêter la grossesse avant son terme, car le bébé ne pourra pas vivre après la naissance (absence de cerveau, malformation grave du cœur, par exemple). La décision est prise par une équipe pluridisciplinaire et la femme (ou le couple) doit donner son accord.

Dans le cadre de l'IVG, c'est la femme enceinte qui fait la demande. Il n'y a pas de risque vital, comme dans le cas de l'ITG. Mais du point de vue de la femme, les circonstances rendent impossible la poursuite de la grossesse (par exemple si la grossesse est la conséquence d'un viol). Dans les pays qui autorisent l'IVG, la procédure est très encadrée : l'IVG est limitée aux premières semaines de grossesse, une évaluation psychologique et sociale est réalisée, et un accompagnement proposé, car cette décision n'est jamais facile à prendre.

Situation en Afrique :

En Afrique, une majorité des pays ont ratifié (= validé) le « Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique », appelé aussi le « Protocole de Maputo ». Cette convention internationale stipule que les États doivent autoriser « l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ».

Dans ce texte se trouvent des motifs d'ITG, mais aussi d'IVG. Pourtant, en pratique, cette convention est encore rarement appliquée et l'arrêt d'une grossesse reste souvent illégal. La femme/jeune fille qui pratique un avortement et la personne qui l'aide risquent d'aller en prison.

En l'absence de possibilité légale, certaines jeunes filles, dans des circonstances de grande détresse, peuvent donc avoir recours à des avortements « clandestins », souvent non médicalisés.

Les conséquences peuvent être très graves pour la femme/jeune fille : infection ou hémorragie sévère pouvant entraîner son décès ou des séquelles importantes (stérilité, par exemple).

Rôle des PE face à une demande d'avortement :

Cette situation est très complexe pour plusieurs raisons :

- une adolescente enceinte qui pense arrêter une grossesse a toutes les chances d'être dans une situation psychologique fragile et dans un contexte familial difficile ;
- le-la PE peut être, du fait de ses croyances (morales, religieuses), plutôt opposé-e à cette pratique ;
- enfin, il n'existe pas toujours dans l'équipe soignante une personne formée et compétente pour accompagner cette demande.

En aucun cas les PE ne doivent chercher à gérer seule-s ce genre de situation. Mais ils-elles devraient garder à l'esprit qu'une demande d'interruption de grossesse traduit une souffrance de la part de l'adolescente. Si elle n'est pas entendue, il existe un risque de « passage à l'acte » avec des conséquences qui peuvent être dramatiques.

Même si le-la PE est personnellement opposé-e à cette pratique, il-elle devrait proposer à l'adolescente de consulter un prestataire, en choisissant une personne qui saura accueillir cette demande de façon bienveillante : psychologue, médecin ou sage-femme de l'équipe si l'un d'eux est formé. Ou orienter l'adolescente vers une autre équipe (association de planification familiale ou ONG internationale, quand elles existent localement) plus expérimentée pour prendre en charge ce type de demande. Si l'adolescente est réticente, il est important de l'informer des risques qu'elle prendrait à vouloir arrêter seule sa grossesse par des moyens traditionnels (tisanes, introduction d'objets dans le vagin, etc.) ou des médicaments.

À côté de cette proposition d'orientation vers un.e professionnel.le, il est souhaitable d'accompagner et de soutenir l'adolescente. En effet, quelle que soit sa décision finale (avortement médicalisé ou poursuite d'une grossesse non désirée), cette adolescente aura généralement besoin d'être entourée.

Enfin, si un.e PE est informé.e qu'une adolescente a pratiqué un avortement clandestin, il.elle doit l'informer que tout signe anormal (fièvre, saignement, douleur) impose de consulter le plus vite possible. En effet, lorsque l'interruption n'est pas pratiquée dans de bonnes conditions, les risques de complications (physiques et psychologiques) sont encore plus élevés et nécessitent une vigilance renforcée. Une prise en charge rapide peut parfois éviter des complications graves et des séquelles.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

L'interruption de grossesse médicalisée reste difficile d'accès et souvent illégale en Afrique.

Lorsqu'une adolescente choisit d'arrêter sa grossesse, cela témoigne généralement d'une situation (psychologique, familiale) très complexe.

Ne pas l'aider, c'est prendre le risque qu'elle pratique un avortement clandestin qui peut entraîner son décès ou des complications médicales graves.

Il convient d'essayer de la référer vers une équipe formée et bienveillante, tout en l'accompagnant pour l'aider à traverser cette épreuve difficile.

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Définition et généralités

Les IST sont des infections qui se transmettent principalement lors des rapports sexuels. Certains microbes responsables d'IST peuvent également être transmis par voie non sexuelle (transfusion sanguine ou transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou à l'accouchement).

Plus de 30 microbes (bactéries, virus ou parasites) peuvent se transmettre par voie sexuelle. Huit sont particulièrement fréquents et constituent des problèmes de santé publique au niveau mondial.

Les IST peuvent toucher toutes les personnes, mais elles peuvent être plus sévères chez les personnes immunodéprimées.

Quelles sont les IST les plus fréquentes ?

4 VIRUS

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus de l'hépatite B (VHB)

Virus de l'herpès (HSV)

Virus du papillome humain (VPH)

4 BACTÉRIES OU PARASITES

Chlamydia

Gonocoque

Tréponème (syphilis)

Trichomonas

Signes cliniques et symptômes possibles après un rapport sexuel non protégé (et contaminant)

Aucun signe ni symptômes (situation non exceptionnelle).

Même en l'absence de signe, ne pas hésiter à en parler au médecin. Il pourra prescrire des tests pour rechercher certaines IST.

Signes locaux : écoulement, brûlures, démangeaisons, boutons, érosion, ganglions, douleurs abdominales.

Consulter dès qu'il se passe quelque chose d'anormal, même plusieurs semaines après la relation sexuelle.

Signes généraux : éruption (boutons), fièvre, fatigue, jaunisse.

Si des signes apparaissent dans les jours / semaines qui suivent, informer le médecin pour l'aider dans son diagnostic.

Complications des IST

Les complications des IST vont bien au-delà d'une brûlure en urinant ou de pertes vaginales anormales.

Elles peuvent être locales ou générales et survenir parfois plusieurs années après le rapport contaminant. Certaines IST peuvent entraîner des complications très sévères, allant jusqu'au décès.

Gonocoque et chlamydia
→ stérilité

VHB → maladie du foie
(cirrhose, cancer)

VIH → sida

VPH → cancer du col
de l'utérus

Syphilis → atteinte
du cœur, démence (en
l'absence de traitement)

VIH, VHB, syphilis, chlamydia,
gonocoque, HSV
→ transmission mère-enfant avec
formes sévères (parfois mortelles)
possibles chez le bébé

Relations entre infection par le VIH et les autres IST

La syphilis et l'herpès favorisent la transmission du VIH : une personne vivant avec le VIH transmettra plus facilement le virus si elle souffre de syphilis ou d'herpès. À l'inverse, une personne séronégative présentant une syphilis ou un herpès a plus de risque d'être infectée par le VIH.

L'immunodépression induite par le VIH favorise des formes plus sévères d'IST : syphilis généralisée, hépatite chronique, augmentation du risque de cancer du col de l'utérus (induit par le VPH).

L'herpès est une maladie qui évolue par poussées : les boutons apparaissent, puis disparaissent après quelques jours. Mais en cas d'immunodépression, les poussées peuvent être plus importantes et prolongées. Et il peut y avoir des complications neurologiques, œsophagiennes, oculaires, pulmonaires ou généralisée en cas d'immunodépression profonde.

Risques de transmission des IST selon les pratiques sexuelles

Risque de transmission des IST (hors VIH)	Transmission courante	Transmission peu courante	Transmission impossible
Embrasser (avec la langue)	herpès	gonocoque, syphilis, VPH, hépatite B	chlamydia
Masturbation mutuelle		syphilis, herpès, hépatite B, VPH	gonocoque, chlamydia
Faire ou recevoir un cunnilingus (lécher ou se faire lécher)	herpès, syphilis, VPH	chlamydia, gonocoque, hépatite B	
Faire ou recevoir une fellation (sucrer ou se faire sucrer)	chlamydia, gonocoque, syphilis, herpès, VPH	hépatite B	
Faire et recevoir un anulingus	hépatite B, syphilis, herpès, VPH	chlamydia, gonocoque	
Pénétration pénis-vagin ou pénis-anus	chlamydia, gonocoque, hépatite B, syphilis, herpès, VPH	hépatite C*	

* La transmission de l'hépatite C est plus fréquente lors des rapports anaux que lors des rapports vaginaux.

Il faut comprendre le terme « transmission courante » par le pouvoir de contagion d'un microbe et sa capacité à développer des lésions.

Dans le cas du sexe oral (cunilingus, fellation), la transmission peut se faire de la bouche d'un.e partenaire vers le sexe de l'autre si le microbe est dans la bouche (ou sur les lèvres).

Par exemple, une personne qui est porteuse d'un chlamydia dans la cavité buccale (parfois sans le savoir) pourra le transmettre en pratiquant une fellation.

Il est possible aussi pour une fille d'être contaminée par le microbe de la syphilis si la personne qui lui fait un cunnilingus présente une lésion active (généralement indolore) dans la bouche.

Comme certains germes peuvent être présents dans la cavité buccale sans entraîner de symptômes, le multipartenariat associé à des pratiques sexuelles (y compris oro-génitales) sans protection multiplie le risque d'attraper une IST.

Traitement

Pour les virus (VIH, VHB, HSV), il existe des traitements pour diminuer les signes et les symptômes, mais aucun traitement curatif (= pour guérir) jusqu'à présent.

En revanche, il existe des traitements curatifs pour les IST d'origine bactérienne (gonocoque, chlamydia et syphilis) ou parasitaire (trichomonas) et il est possible de guérir de ces infections avec des traitements antibiotiques très simples (souvent en une seule prise).

Néanmoins, deux aspects sont importants :

- traiter dès que possible lorsqu'il y a des signes ;
- traiter tou-te-s les partenaires même en l'absence de signe d'IST.

Prévention

Il existe plusieurs niveaux de prévention.

La vaccination

Deux IST peuvent être prévenues par la vaccination.

- L'hépatite B : ce vaccin est devenu systématique dans les programmes élargis de vaccination (PEV), dont bénéficient les nourrissons pendant la première année de vie.
- L'infection à papillomavirus (papillome humain) : ce vaccin est plus récent. Il commence à être proposé aux jeunes adolescentes (et parfois également aux jeunes adolescents). Idéalement, il faut se faire vacciner avant la première relation sexuelle.

L'information aux adolescent-e-s

Il est important d'aborder le thème des IST dans les activités de groupe avec les ados. L'appui d'un prestataire formé (médecin, sage-femme) peut être utile. Il faut que les ados puissent suspecter une IST devant un signe évocateur, comprennent l'importance de se faire soigner rapidement, d'informer leur(s) partenaire(s) et sachent à qui s'adresser. En effet, certaines équipes n'accueillent pas de façon bienveillante les ados qui présentent une IST.

Accès aux préservatifs (et leur utilisation systématique)

L'information sur l'intérêt de l'usage systématique des préservatifs est évidemment capitale. Mais il est également important de faciliter l'accès à ce moyen de prévention simple et efficace. Dans certains contextes, la distribution discrète de préservatifs, par les PE, aux ados sexuellement actif-ve-s, pourrait être envisagée avec l'équipe soignante.

Le traitement des partenaires

Cette mesure est souvent difficile à appliquer. Pourtant la recherche et le traitement des partenaires sont fondamentaux pour limiter la propagation des IST.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les IST sont des infections fréquentes et contagieuses (très contagieuses pour certaines d'entre elles).

La plupart des IST, si elles ne sont pas traitées, entraînent des complications.

Certaines peuvent passer complètement inaperçues; d'autres paraissent guérir sans traitement.

Les signes peuvent apparaître plusieurs jours ou semaines après la pratique sexuelle à risque.

En cas de doute, il faut consulter un-e professionnel-le de santé.

Il est inutile d'attendre une amélioration spontanée. Cela conduirait à prendre le risque de complications, d'une part, et de continuer à transmettre le microbe à ses partenaires, d'autre part.

Les partenaires sexuel.le.s doivent être traité-e-s en même temps (même s'ils-elles n'ont pas de signe).

Il existe un vaccin contre l'hépatite B (souvent fait dans l'enfance) et un vaccin contre le VPH.

La prévention passe par une meilleure information, la prise en charge par une équipe formée et bienveillante, et un accès facilité aux préservatifs.

Foire aux questions

Mon copain m'a dit que ça le brûle au niveau des parties et que le docteur lui a prescrit des antibiotiques. Mais moi, je ne sens rien. Je dois quand même consulter ?

Si vous avez eu ensemble des rapports sexuels non protégés, il faut effectivement consulter le médecin. Il prescrira probablement le même traitement. Mais il pourra également proposer un traitement complémentaire (à tous les deux) s'il observe d'autres signes.

Quelques semaines après une rupture de préservatif, j'ai eu une sorte de plaie sur le pénis, mais c'est parti tout seul. Je dois m'inquiéter ?

Oui, il faut être très vigilant. La syphilis, par exemple, se présente comme une lésion qui ne fait absolument pas mal et qui disparaît après deux à trois semaines sans aucun traitement. Mais le microbe est toujours présent, actif, et la maladie continue à évoluer. De nombreuses complications peuvent survenir après plusieurs mois ou années, et le traitement peut devenir compliqué.

Si le médecin a un doute, il pourra prescrire un examen pour confirmer le diagnostic : il existe des tests rapides pour chercher les anticorps de la syphilis dans le sang.

Le traitement de tou-te-s les partenaires est également fondamental pour arrêter la chaîne de transmission, mais aussi pour leur éviter les complications tardives.

De temps en temps, il y a des campagnes gratuites pour se faire vacciner contre le VPH. Mais j'hésite parce que je n'aime pas les piqûres.

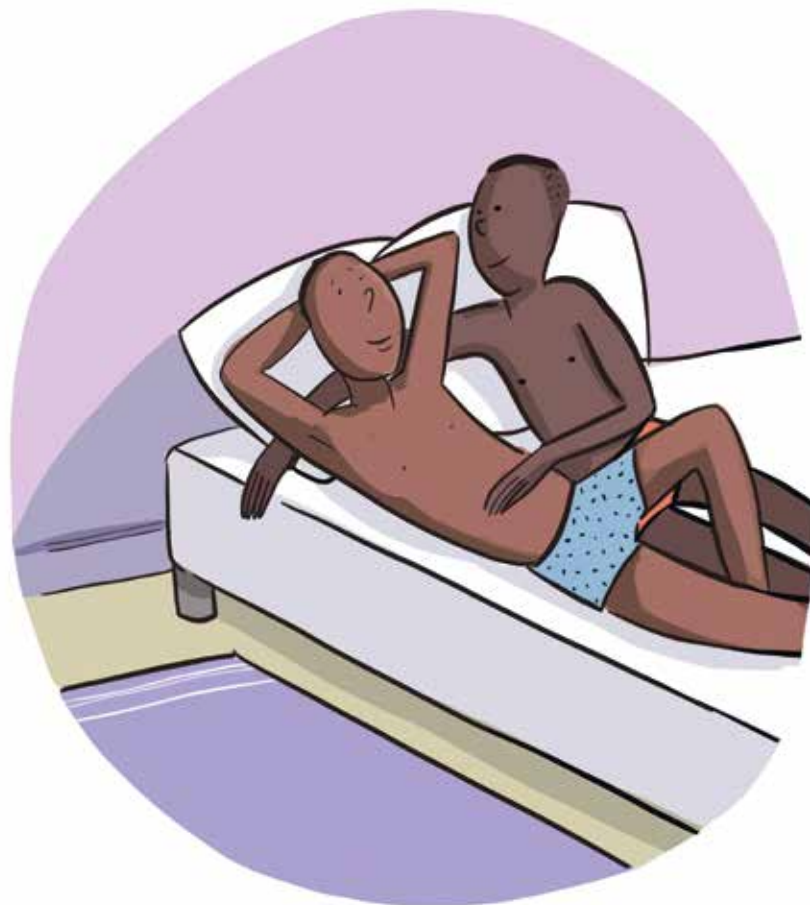
Il existe en effet un vaccin qui protège contre certaines souches du virus du papillome humain (VPH). Ce vaccin n'est pas encore systématiquement intégré dans les PEV, mais s'il est proposé, il faut en profiter. Ce vaccin diminue le risque d'être infecté par un VPH et donc, réduit le risque de développer un cancer du col de l'utérus, dont le traitement est rarement accessible en Afrique.

Il est à noter que certains pays recommandent désormais de vacciner les filles et les garçons, afin de renforcer l'efficacité de cette vaccination chez tous les adolescents et les jeunes.

J'ai régulièrement des poussées d'herpès. J'ai peur de le transmettre à mon copain. Est-ce que le risque est important ?

Pendant une poussée, les vésicules (= les petites cloques), mais aussi les croûtes sont très contagieuses. Il faut éviter de les toucher, éviter les bises et les relations sexuelles.

Lorsque les lésions ont disparu, le risque diminue mais ne disparaît pas. Il faut donc utiliser systématiquement le préservatif, même avec un partenaire régulier, pour le protéger.



Méthodes de prévention des IST en cas de pratiques possiblement contaminantes

Les préservatifs :

Le préservatif masculin (aussi appelé préservatif externe) et le préservatif féminin (ou préservatif interne) sont les dispositifs les plus efficaces pour prévenir la transmission des IST. Leurs avantages et inconvénients ont été exposés (voir « *La contraception, comment ça marche ?* », p. 144).

Parmi les conseils que les PE peuvent donner sur les préservatifs :

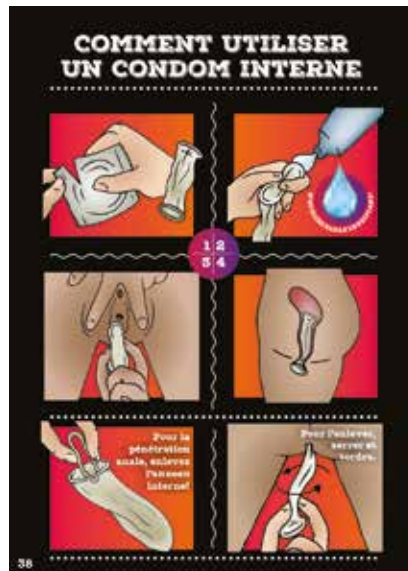
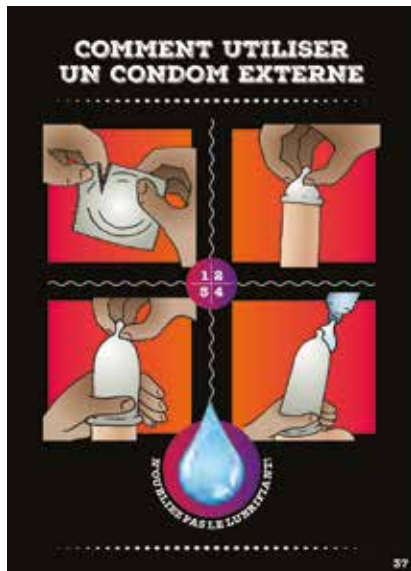
- En avoir sur soi (dans son sac, son portefeuille) : ce n'est pas au moment où les préliminaires ont commencé qu'il faut chercher à s'en procurer. Si un préservatif reste longtemps dans le sac, vérifier (régulièrement) sa date de péremption et le remplacer si cette date approche.
- S'entraîner à l'utiliser : mettre en place un préservatif n'est pas un acte très difficile, mais il vaut mieux être à l'aise pour le faire (éviter d'avoir à lire le mode d'emploi au moment de le mettre).
- Le préservatif féminin peut être utilisé dans les situations où il est difficile pour une fille de demander à son partenaire d'utiliser un préservatif.

Pour le préservatif masculin/externe :

- le mettre en place avant toute pénétration sur le pénis en érection ;
- faire attention au sens : s'il est mis à l'envers, il ne pourra pas être déroulé. Si le préservatif a touché le pénis et qu'il a été mis à l'envers, ne pas le retourner, le jeter ;
- pincer le bout du préservatif pour garder un réservoir d'air, ceci évitera que l'éjaculation ne provoque une pression sur les parois du préservatif et le déchire ;
- utiliser du gel adapté (en évitant la vaseline et autres corps gras qui fragilisent le préservatif) : non obligatoire, l'utilisation du gel est cependant fortement recommandée pour diminuer le risque de rupture du préservatif ;
- se retirer rapidement après l'éjaculation (avant la fin de l'érection), en retenant le préservatif à la base du pénis, pour éviter que le préservatif glisse ;
- nouer le préservatif et le jeter dans une poubelle.

Pour le préservatif féminin/interne :

- le placer avant de débiter le rapport (il peut être placé plusieurs heures avant);
- presser l'anneau interne entre le pouce et l'index, puis l'insérer le plus profond possible dans le vagin ;
- l'anneau externe doit se trouver à l'extérieur du vagin et recouvrir les parties génitales externes ;
- le maintenir au moment de la pénétration afin que le pénis entre dans le préservatif et pas à côté ou que l'anneau externe ne soit pas poussé vers l'intérieur;
- après la fin du rapport, tordre l'anneau externe et tirer sur le préservatif ;
- le jeter dans une poubelle.



Source : CATIE_SaferSexGuide_2016_French

Autres moyens :

Les IST peuvent également être transmises au cours d'autres pratiques, en particulier la fellation ou le cunnilingus.

L'utilisation d'une barrière mécanique, lors des pratiques de sexe oral (sucrer, lécher), permet d'éviter la transmission de microbes.

Cette pratique évite la transmission du VIH, mais aussi des autres IST : herpès, syphilis, gonocoque, chlamydia, etc.



En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les préservatifs (masculins et féminins) sont des moyens très efficaces pour prévenir les IST.

Dès que l'adolescent·e est susceptible d'avoir des relations sexuelles, il faut lui conseiller d'avoir des préservatifs avec lui·elle et de s'entraîner à les mettre en place.

Pour les relations sexuelles sans pénétration (en particulier le sexe oral), des barrières mécaniques doivent être utilisées (à partir de gants ou de préservatifs découpés).

Foire aux questions

Quelles sont les dispositions à prendre après un rapport sexuel à risque (rupture ou absence de préservatif) ?

L'utilisation du préservatif a principalement trois intérêts :

- éviter une grossesse ;
- se protéger des IST ;
- protéger la ou le partenaire d'une contamination par le VIH.

Si aucune méthode contraceptive (sauf le préservatif) n'est utilisée (= absence d'autre méthode), une contraception d'urgence doit être réalisée (*pilule ou DIU, voir « La contraception d'urgence », p. 152*).

Par rapport au risque d'IST, il faut en parler au médecin ou à la sage-femme pour bénéficier d'un examen clinique de dépistage et d'un traitement si nécessaire.

Il faudrait idéalement faire un dépistage biologique des IST les plus fréquentes, mais en contexte africain, l'approche syndromique est préconisée.

Attention, certaines IST apparaîtront après plusieurs jours, donc il faudra peut-être revoir le médecin plus tard (*voir « Les infections sexuellement transmissibles (IST), qu'est-ce que c'est ? », p. 157*).

Par rapport au risque de transmission du VIH, le·la partenaire séronégatif·ve doit prendre un traitement préventif pendant quatre à six semaines (traitement post-exposition), à commencer le plus tôt possible après l'acte sexuel à risque (*voir « La PEP, c'est quoi ? » p. 184*).

Relations amoureuses

Aspects communs et spécificités pour les adolescent·e·s vivant avec le VIH

Chez les adolescent·e·s séropositif·ve·s, les relations amoureuses vont être impactées – plus ou moins fortement – par leur infection par le VIH.

Ce qui est commun aux ados, quel que soit leur statut sérologique :

Le passage de l'enfance à l'adolescence va entraîner de profonds bouleversements dans la vie de tous les adolescents et adolescentes (*voir « Le développement de l'enfant », p. 94*) :

- la puberté, qui s'accompagne de changements physiques et physiologiques, transforme l'organisme en corps d'adulte ;
- l'acquisition progressive de l'autonomie, la diminution relative de la place de la famille au profit des pairs, modifie la position sociale de l'ado ;
- le désir et les sentiments amoureux se développent sous l'influence des hormones sexuelles.

Les comportements vont évoluer, de façon variable selon le caractère de l'adolescent·e, son histoire familiale, le contexte social et religieux. Pendant cette période, l'exemple des pairs et l'identification aux leaders ont souvent – au moins de façon transitoire – une influence importante sur les ados.

Même si chaque personne vivra son adolescence de façon unique, les ados vivant avec le VIH seront confrontés, tout comme leurs pairs séronégatif·ve·s, à tous ces changements.

Ce qui est spécifique aux adolescent·e·s vivant avec le VIH :

Un physique parfois différent

Retard pubertaire, petite taille, maigreur, cicatrice de zona, verrues planes... les adolescent·e·s vivant avec le VIH portent parfois des marques objectives de leur maladie, difficiles à masquer.

À cette période de la vie très particulière, riche en questionnements de toutes sortes, cet aspect visible de la maladie peut rendre plus complexes les relations avec les pairs et l'entrée dans la vie amoureuse.

Foire aux questions

Le fait de « porter » le VIH

Même chez les ados qui ne présentent pas de signes physiques apparents, le simple fait d'être porteur-se du VIH, de prendre des traitements tous les jours, a souvent un impact sur la façon de considérer les relations amoureuses. Si cette situation est moins difficile à vivre que lorsqu'il existe des signes physiques de la maladie, les adolescent-e-s vivant avec le VIH se posent beaucoup de questions à ce sujet. Et certain-e-s ont tendance à s'autostigmatiser, en estimant par exemple qu'il n'est pas possible d'avoir un-e amoureux-se séronégatif-ve.

Toutes ces questions sont légitimes et doivent être abordées en entretien individuel ou en activité de groupe.

L'objectif principal de ces échanges est d'arriver à convaincre les adolescent-e-s vivant avec le VIH qu'ils-elles ont les mêmes droits que tous les ados et pourront fonder un foyer s'ils-elles le désirent. Les exemples des PE en couple ou déjà marié-e-s contribueront évidemment à rendre crédibles les messages de l'équipe.

Peut-on se marier à une personne séronégative ?

Pourrai-je fonder un foyer comme les autres, étant séropositive ?

Quelle sera la réaction de ses parents ?

Peut-on mener une vie de couple normalement ?

Peut-on avoir des enfants sans qu'ils ne soient infectés ?



Nous, enfants vivant avec le VIH, pouvons-nous grandir et avoir des enfants comme les autres ?

Bien sûr ! C'est une question que se posent beaucoup d'ados, à partir du moment où l'annonce du VIH leur a été faite.

Cela fait longtemps que l'on prend en charge des enfants et des ados qui sont nés avec le VIH. Avec les traitements actuels, on sait qu'il est possible d'arriver à l'âge adulte en bonne santé. La taille est parfois diminuée et la puberté retardée. Mais si le traitement est bien pris et qu'il est efficace, le processus de puberté se mettra en route. Ce qui permettra de grandir et, un jour, d'avoir des enfants (voir « Trois grandes questions sur les enfants », p. 178).

En tant que PE, il est important de soutenir les ados qui présentent un retard de développement physique, pour qu'ils-elles se sentent accepté-e-s par leurs pairs. Leur donner une place importante, des responsabilités dans le groupe peut les aider à augmenter l'estime qu'ils-elles ont d'eux-mêmes.

Peut-on se marier à une personne séronégative ?

D'un point de vue médical, cette question n'a plus de sens : les personnes vivant avec le VIH qui sont bien observantes ont la même espérance de vie que les autres, elles ne transmettent pas le VIH, elles peuvent avoir des enfants qui ne seront pas infectés. Le statut sérologique de leur conjoint-e ne devrait pas entrer en ligne de compte.

Pour d'autres maladies, on ne pose pas cette question. Par exemple, on ne se demande pas si une personne porteuse chronique du virus de l'hépatite B doit fonder une famille avec une personne également porteuse de ce virus (beaucoup plus contagieux que le VIH dans la vie quotidienne et qui peut se transmettre de la mère à l'enfant).

Malheureusement, d'un point de vue social, la question se pose encore, essentiellement parce que l'information autour du VIH (et des possibilités de traitements) est insuffisante. Mais si les représentations dans la population générale évoluent trop lentement, on observe chez les jeunes une meilleure acceptation des personnes vivant avec le VIH que chez les personnes plus âgées.

Objectivement, il n'y a pas de raison pour un-e adolescent-e vivant avec le VIH de s'interdire a priori d'avoir des relations amoureuses, sexuelles ou un projet de famille avec une personne qui ne partage pas son statut sérologique.

La question sur l'annonce du statut à son-sa partenaire :

C'est probablement une des questions les plus difficiles à laquelle les adolescent·es doivent répondre : **pour la première fois de leur vie, ils-elles vont devoir envisager de dévoiler leur séropositivité.** En effet, quelques années auparavant, lors de l'annonce de leur diagnostic, les soignants et leurs parents/tuteurs leur ont généralement conseillé de n'en parler à personne.

Au fur et à mesure que les ados avancent dans le processus de l'adolescence, la question du partage du statut devient de plus en plus présente : ils gagnent en autonomie, sortent progressivement de l'espace (généralement) protégé de la famille et sont confrontés à des expériences nouvelles. Cette question (dire ou ne pas dire sa séropositivité) surgira généralement de façon répétée, devant chaque situation inédite (= inconnue) : lorsque l'on tombe amoureux-se, que l'on vit sa première expérience de couple, que l'on envisage d'avoir une relation sexuelle, que l'on imagine fonder une famille, construire un projet de mariage ou même choisir son orientation professionnelle future.

Les ados perçoivent tôt ou tard qu'il va falloir dans certains cas annoncer leur séropositivité. **Mais ils savent également que la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH reste forte dans la société.** Ils craignent la discrimination en milieu scolaire, redoutent que leur partenaire n'arrête la relation et, plus généralement, sont inquiets de l'impact négatif que cette annonce pourrait avoir sur leurs projets.

En l'absence de soutien, certain·e·s se replient, évitant les situations qui pourraient les conduire à devoir annoncer leur séropositivité. D'autres développent un véritable déni de la maladie, remettant en cause le diagnostic : ils-elles avancent, font des projets et vivent des expériences comme si le VIH n'existait pas. Généralement, dans ce cas, le traitement ARV n'est plus pris et le suivi médical est arrêté.

Il est fondamental d'accompagner les ados dans cette période de questionnements.

Les PE sont parmi les personnes les mieux placées pour le faire, car les réponses doivent être adaptées à chaque situation particulière, en tenant compte du contexte socio-culturel.

Peut-on avoir des relations sexuelles sans préalablement dire notre statut sérologique ?

Les soignants peuvent-ils falsifier des résultats sérologiques pour persuader nos partenaires que nous sommes séronégatifs ?

Peut-on parler de son statut avec son partenaire ?

Comment dire à son partenaire qu'on est infecté ?

Quand peut-on dire à son partenaire qu'on est infecté par le VIH ?

Doit-on informer son partenaire de son statut sérologique ?



Foire aux questions

Doit-on informer notre partenaire de notre statut sérologique ?

Si on se place d'un point de vue légal, l'obligation d'informer n'existe pas, dans la plupart des pays. Cette obligation a été débattue longtemps. Elle n'est plus justifiée depuis qu'il existe un traitement qui bloque la répllication du VIH et que la transmission n'existe pas si la charge virale est indétectable.

Si on obligeait les personnes séropositives pour le VIH à informer leur partenaire, il faudrait étendre cette obligation à toutes les maladies infectieuses (hépatite virale, herpès, tuberculose, etc.), voire aux maladies génétiques (drépanocytose...).

L'information au partenaire n'est donc pas une obligation. Mais il peut être souhaitable de le faire.

Pouvons-nous parler de notre statut sérologique avec nos partenaires ? Quels sont les avantages et les inconvénients ?

Cela dépend du contexte. Il n'est pas forcément judicieux de parler de son statut avec une personne que l'on connaît encore peu, dès la première rencontre.

Bien entendu, chacun·e est libre d'annoncer son statut quand il·elle le souhaite. Certain·e·s préfèrent annoncer leur séropositivité dès le premier rendez-vous, d'autres attendent que la relation soit plus solide, mieux établie.

L'avantage de parler de son statut sérologique est d'instaurer une relation franche avec son·sa partenaire. L'inconvénient, en particulier si ce sujet est abordé trop tôt, alors qu'on ne connaît pas encore bien la personne, est une réaction dont les conséquences peuvent être graves, en particulier la diffusion de cette information dans le quartier et/ou sur les réseaux sociaux.

Peut-on avoir des relations sexuelles avec nos copains sans préalablement leur dire notre statut sérologique ?

Oui, c'est possible. Il n'est pas nécessaire d'annoncer son statut sérologique avant d'avoir une relation sexuelle. Mais il faut utiliser un préservatif lors du rapport, pour éviter de transmettre le VIH si on a une charge virale détectable (ainsi qu'une grossesse accidentelle ou une IST).

Les soignants peuvent-ils falsifier nos résultats sérologiques pour persuader nos partenaires que nous sommes négatifs ?

Non, c'est interdit par la loi. Un soignant qui ferait cela risque une forte amende, voire une peine de prison. D'ailleurs, un·e patient·e qui fabriquerait un faux certificat ou un faux résultat sérologique risquerait également une forte amende et/ou une peine de prison pour « faux et usage de faux ».

Quand peut-on dire à son partenaire qu'on est infecté par le VIH ?

Comme précisé précédemment, chacun·e peut choisir le moment. Il faut probablement éviter de le dire trop tôt, sans bien connaître son·sa partenaire, mais également éviter de le dire trop tard (après le mariage par exemple), car le·la partenaire pourrait reprocher un manque de confiance, une « tromperie ».

Généralement, on conseille d'attendre que la relation soit établie depuis quelque temps et qu'un projet de vie commune soit envisagé (mariage, par exemple), mais pas encore réalisé.

Comment parler de notre statut avec notre partenaire ? Comment lui dire qu'on est infecté ?

Il n'y a pas de méthode qui garantit que l'annonce de son statut sérologique à son·sa partenaire va bien se passer. Mais plusieurs précautions sont généralement recommandées.

Il est souhaitable de connaître son·sa partenaire depuis un certain temps. La relation doit être solide et le couple doit avoir commencé à élaborer des projets sérieux (tels que vivre ensemble, se marier ou avoir un enfant).

On peut aborder la question en demandant à son·sa partenaire son avis sur le VIH et sur les personnes qui vivent avec ce virus.

Si la réaction est neutre ou favorable, il est possible d'aller plus loin.

Si la réaction est très négative, il faudra prendre plus de temps avant de parler de son statut.

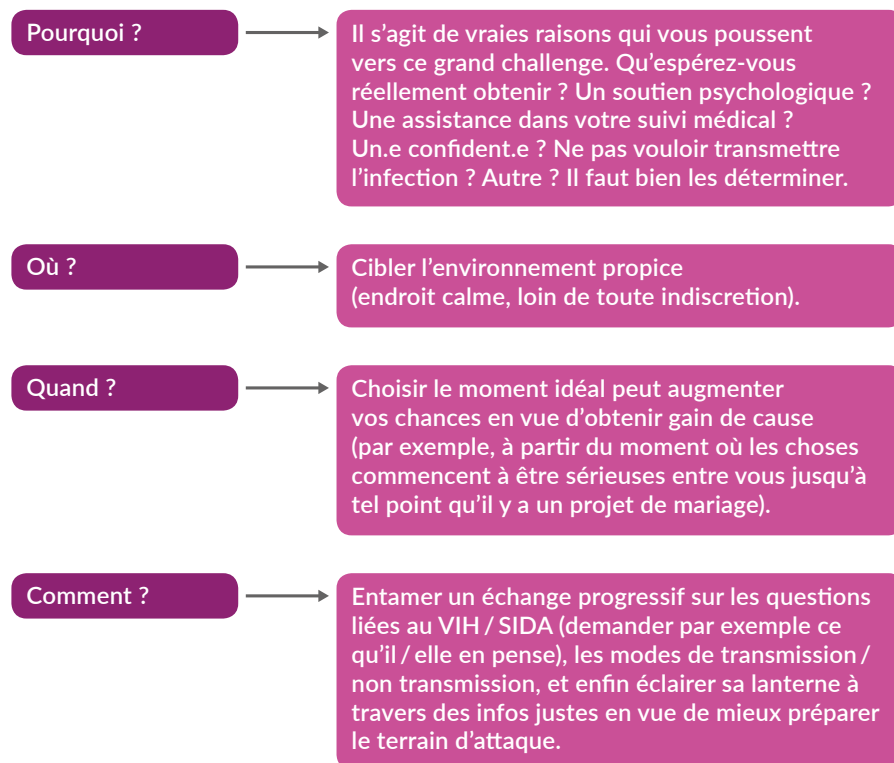
Une préparation du (ou de la) partenaire est souvent souhaitable. En effet, la plupart des personnes ont encore une vision négative du VIH : alors que le VIH est devenu une infection chronique, qu'il est possible de maîtriser son évolution grâce aux ARV, beaucoup de personnes pensent encore que VIH = sida = mort.

Par ailleurs, peu de personnes savent que « charge virale indétectable = absence de transmission du VIH ».

Si un·e ado ne se sent pas à l'aise pour aborder seul·e cette question, il·elle peut demander de l'aide à un·e PE ou à quelqu'un de l'équipe soignante (conseiller·ère ou médecin, par exemple).

Lorsque la décision d'annoncer son statut à son·sa partenaire est prise, il faut essayer de répondre aux questions suivantes : quand le faire ?, où ?, de quelle façon ?, avec quel soutien éventuel ?

Le groupe des PE Ado Bougou, du réseau Grandir Ensemble, a proposé la synthèse suivante :



Quelle que soit la façon dont on annonce son statut, il faut s'attendre à une possible réaction négative : peur, rejet ou rupture. Parfois, il faudra du temps à la·au partenaire pour accepter cette information et poursuivre la relation ; parfois, cette annonce aboutira à l'arrêt de la relation.

Si l'annonce de sa séropositivité s'accompagne d'une rupture, on peut considérer, même si c'est difficile, que c'est une bonne chose. En effet, il est impossible de cacher pendant des années à son·sa conjoint·e que l'on vit avec le VIH : tôt ou tard, la personne l'aurait appris. Si ses sentiments amoureux n'étaient pas assez forts ou sincères, il vaut mieux que la relation s'arrête avant d'avoir des enfants ensemble.

Cependant, il semble que dans la population des adolescent·e·s et des jeunes l'acceptation des personnes vivant avec le VIH soit meilleure que chez les adultes. La représentation de l'infection par le VIH évolue doucement favorablement, probablement parce que les adolescent·e·s et les jeunes sont davantage informés de l'existence de traitements efficaces. Et qu'ils·elles n'ont pas connu la période pendant laquelle la plupart des malades du sida décédaient, faute d'accès aux ARV.

Il existe désormais de plus en plus d'exemples d'ados et de jeunes, nés avec le VIH, qui sont en bonne santé et fondent une famille avec un·e conjoint·e séronégatif·ve.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Vivre avec le VIH peut perturber l'entrée dans la vie amoureuse.
Mais les adolescent·e·s vivant avec le VIH ont les mêmes droits que tous les autres ados et peuvent se marier et avoir des enfants s'ils·elles le souhaitent, même avec une personne séronégative.
L'annonce de son statut au partenaire est un moment souvent difficile, à aborder ni trop tôt ni trop tard.
Les PE peuvent être d'une grande aide aux ados pour les conseiller dans tous ces choix importants.

Trois grandes questions sur les enfants

Parallèlement aux questions sur le-la partenaire, les adolescent-e-s qui vivent avec le VIH s'interrogent également sur leurs futurs enfants.

Peut-on avoir des enfants si l'on a le VIH ?

Il n'y a pas d'inquiétude particulière à avoir de ce côté-là. Les chances d'avoir un bébé sont les mêmes que chez les autres jeunes (filles et garçons).

En tant que PE, il est important d'avoir un discours rassurant sur ce point auprès des adolescentes qui vivent avec le VIH : elles pourront avoir des enfants. Mais il est également important de mettre en garde les jeunes filles sur les risques des grossesses précoces (voir « Désir d'enfant, grossesse accidentelle et risques des grossesses précoces », p. 179).

Cette question est parfois posée par un garçon, mais ce sont surtout les filles qui sont préoccupées par le risque d'être stérile (= ne pas pouvoir avoir d'enfant). Pour les garçons, l'inquiétude concerne plutôt la possibilité d'avoir un enfant sans infecter leur partenaire, si elle est séronégative (voir paragraphe suivant).

Comment faire des bébés sans infecter son ou sa partenaire ?

Dans tous les cas, si la charge virale de la personne infectée est indétectable, il n'y a pas de transmission du VIH entre les deux partenaires. Il est donc possible d'avoir des relations sexuelles sans préservatif. Et donc, d'avoir des enfants.

Si la charge virale n'est pas indétectable, il faut prendre des précautions. En particulier, il faut normalement continuer à utiliser le préservatif, ce qui rend difficile la survenue d'une grossesse.

Si la femme est séropositive, le couple peut récupérer le sperme du futur papa et le mettre de façon « artisanale » au fond du vagin (en retournant le préservatif à l'intérieur du vagin après l'acte sexuel, par exemple).

Si c'est l'homme qui est infecté, la seule méthode vraiment « sûre » est le lavage du sperme : on récupère le sperme, on lui fait subir un traitement pour enlever le VIH, puis on pratique une insémination artificielle (le sperme est injecté dans l'utérus de la femme) ou une fécondation in vitro. Cette technique est proposée par quelques laboratoires spécialisés et coûte cher. Elle est rarement accessible dans les contextes africains.

Dans ce cas, on peut diminuer très fortement le risque de transmission en donnant un traitement ARV préventif à la femme (voir « La PrEP, c'est quoi », p. 182). Dans ces conditions, le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés. Si possible, on conseillera de surveiller le cycle de la femme et de réaliser les rapports sexuels autour de la date prévue de l'ovulation.

Comment un couple séropositif peut-il donner naissance à un enfant séronégatif ?

Lorsqu'une femme vivant avec le VIH est enceinte, elle peut diminuer très fortement le risque de transmission du VIH à son bébé si elle est très observante. En effet, lorsque la charge virale est indétectable chez la femme enceinte, le risque de transmission est presque nul. C'est également vrai au cours de l'allaitement.

Lorsque c'est l'homme qui est porteur du virus, il n'y a aucun risque de transmission du VIH au bébé si la future maman n'est pas infectée.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Les personnes vivant avec le VIH ont autant de chance que les autres d'avoir des enfants (le VIH ne rend pas stérile, les ARV non plus).

Dans les couples sérodiscordants (une personne est séropositive, l'autre séronégative), il existe des moyens pour éviter de contaminer la personne séronégative au moment où l'on conçoit un bébé.

Grâce à la bonne prise des ARV, la transmission du VIH au bébé est devenue exceptionnelle.

Désir d'enfant, grossesse accidentelle et risques des grossesses précoces

Les grossesses précoces, chez les adolescentes, sont toujours des grossesses à risque de complications. Il faut distinguer les grossesses accidentelles (donc, non désirées) et les grossesses recherchées (avec volonté de tomber enceinte), car leur prévention et leur prise en charge seront différentes.

Grossesse accidentelle :

Cette grossesse survient alors que l'adolescente ne cherchait pas à tomber enceinte. Différentes causes peuvent être identifiées (et parfois prévenues) : absence d'information sur la SSR, faible accès à la contraception, impossibilité de négocier le préservatif, agression sexuelle, etc.

Désir de grossesse, désir d'enfant :

Cette situation est très différente et s'observe parfois chez des jeunes adolescentes qui vivent avec le VIH depuis la naissance. Dans ce contexte, la recherche d'une grossesse est volontaire. Cependant, elle peut traduire différentes choses pour l'adolescente :

Le besoin de se prouver que l'on est capable de faire un enfant

Dans certains contextes africains, féminité et fécondité sont très liées : certaines jeunes adolescentes, par peur d'être stériles, cherchent à tomber enceintes. Elles n'ont pas forcément envie immédiatement d'élever un enfant, mais le besoin d'être rassurées sur leur fécondité passe avant tout.

Le désir de donner la vie alors que l'on porte un virus potentiellement mortel

Dans ce cas de figure, l'adolescente est dans une angoisse de mort. Et elle cherche à « donner la vie avant de quitter ce monde », pour laisser une trace d'elle.

L'envie d'avoir un enfant et de prendre soin de lui

Cette éventualité est plus rare, du moins chez les jeunes adolescentes. Dans tous ces cas, il ne s'agit pas de grossesse accidentelle, par manque d'information ou d'accès à la contraception, mais du souhait d'être enceinte et éventuellement d'avoir un enfant, ce qui est problématique si cela survient trop tôt.

Les risques des grossesses précoces :

Les grossesses chez les adolescentes sont dangereuses sur plusieurs aspects : médicaux (pour la mère et l'enfant), sociaux, familiaux et éducatifs.

Complications médicales pour la mère

Chez les adolescentes, les hémorragies (saignements pendant la grossesse) et les accouchements compliqués sont plus fréquents. Ceci est particulièrement vrai si la grossesse est suivie tardivement (ou pas suivie du tout).

Complications pour le bébé

La prématurité (= accouchement trop précoce) est plus fréquente lorsque la maman est une adolescente. Ce qui augmente les risques de complications et de décès du bébé.

Conséquences économiques et sociales

Beaucoup de jeunes filles doivent abandonner l'école lorsqu'elles tombent enceintes. Dans certains milieux, où il est important que la jeune fille soit vierge au moment du mariage, il existe un risque de rejet de la famille, avec des conséquences négatives pour la mère et l'enfant.

Si l'adolescente est rejetée par sa famille (et que le géniteur n'assume pas la paternité), l'équipe soignante et les PE peuvent devenir son seul soutien. Il existe un risque réel que l'ado sorte totalement du système de santé et ne reçoive pas les soins dont elle devrait bénéficier durant sa grossesse (examens médicaux de suivi, prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, etc).

Prévention et prise en charge :

La prévention est à moduler en fonction des circonstances. L'information sur la SSR et les risques des grossesses précoces doit être délivrée à toutes les adolescentes (et adolescents).

Les grossesses précoces non désirées pourront (partiellement) être prévenues par un accès facilité au préservatif (incluant un renforcement des compétences des jeunes filles pour en négocier son usage) et aux autres moyens contraceptifs.

Les grossesses précoces désirées, quant à elles, sont plus difficiles à éviter. Cependant, si une jeune adolescente parle de son désir de tomber enceinte, il faudrait essayer de l'orienter vers le psychologue, afin qu'il puisse l'aider à décrypter ses motivations parfois inconscientes.

Dans tous les cas, désirée ou pas, une grossesse chez une (jeune) adolescente est une grossesse à risque. Il sera donc très important de maintenir et renforcer le lien avec l'adolescente enceinte afin de ne pas la perdre de vue. Le rôle des PE est primordial à cette période.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Le VIH ne rend pas stérile, les jeunes filles et les femmes vivant avec le VIH ont autant de chance que les autres d'avoir des enfants.

En revanche, une grossesse précoce a des conséquences médicales et sociales potentiellement graves et il vaut mieux repousser l'âge de la première grossesse.

La PrEP, c'est quoi ?

La PrEP est l'abréviation de l'expression anglaise « Pre-Exposure Prophylaxis », que l'on peut traduire par « Prophylaxie (= prévention) Pré Exposition ».

C'est un traitement ARV préventif, que l'on peut prendre pour éviter d'être contaminé par le VIH lors de pratiques à risque. Ce traitement est essentiellement prescrit aux personnes séronégatives ayant des pratiques à haut risque (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes en situation de prostitution, usager·ère·s de drogues).

Il est important pour les PE d'avoir quelques notions sur la PrEP.

Quel est le traitement utilisé ?

Le Truvada® (TDF + FTC) est souvent prescrit. Il a fait la preuve de son efficacité pour prévenir l'infection par le VIH dans plusieurs études.

Attention : c'est une bithérapie, il ne faut pas l'utiliser si on est déjà infecté·e par le VIH. Il faut donc faire un test de dépistage avant de prendre ce traitement et répéter le test tous les trois mois.

Dans quelles circonstances peut-on conseiller la PrEP aux adolescent·e·s ?

La PrEP ne concerne pas les adolescent·e·s déjà infecté·e·s par le VIH. En revanche, elle pourrait être envisagée pour le·la partenaire séronégatif·ve d'un·e ado.

Bien entendu, l'usage systématique du préservatif et une bonne observance au traitement ARV (permettant d'avoir une charge virale indétectable) sont les deux moyens à conseiller aux ados vivant avec le VIH pour protéger un·e partenaire séronégatif·ve.

Cependant, l'utilisation de la PrEP est un moyen additionnel. Par exemple, si un adolescent envisage de fonder une famille avec son amoureuse séronégative et se demande comment avoir des enfants en étant sûr de ne pas transmettre le VIH, la PrEP peut être une bonne option pour la protéger (sous réserve que cette indication soit possible dans le pays).

Quelles sont les contre-indications à la PrEP ?

Avant tout, le fait d'être déjà infecté·e par le VIH, mais aussi une maladie rénale, une allergie au TDF ou au FTC (attention, si le traitement est différent dans votre pays, les contre-indications seront différentes).

En pratique, comment doit-on prendre ce traitement ?

La prise de la PrEP peut se faire en continu : un comprimé toutes les 24 heures à prendre par la personne séronégative, sur le long terme.

Il existe également des schémas à la demande (sur une période déterminée) :

Il faut commencer par prendre deux comprimés entre 24 heures et 2 heures avant le rapport sexuel. Puis, un comprimé toutes les 24 heures aussi longtemps que durent les relations sexuelles non protégées. Après l'arrêt de celles-ci (par exemple lorsque le test de grossesse est positif et que le couple utilise à nouveau le préservatif), il faut prendre encore un comprimé 24 heures après, puis un autre 48 heures après.

Ce type de prise « à la demande » est contre-indiqué chez les personnes porteuses du virus de l'hépatite B, si le traitement est à base de TDF et FTC.

Ce traitement est-il accessible aux ados ?

Cela dépend des pays : dans certains pays, la PrEP n'est pas disponible ; dans d'autres, elle est réservée à certaines personnes à très haut risque de contamination par le VIH.

Concernant les ados, il peut exister des obstacles juridiques (interdiction de prescrire ce traitement sans l'accord des parents si l'ado est mineur·e) ou simplement des freins de la part des soignants.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

La PrEP est un traitement préventif qui protège une personne séronégative lorsqu'elle a des pratiques à risque. Le traitement doit être débuté avant l'exposition au risque (avant une relation sexuelle non protégée, par exemple).

C'est un moyen complémentaire qui peut être choisi lorsque le préservatif n'est pas utilisé (désir de faire un enfant dans un couple sérodiscordant, par exemple).

Les autres moyens pour éviter de transmettre le VIH restent évidemment l'utilisation du préservatif et une bonne observance au traitement pour avoir une charge virale indétectable.

Il ne faut pas la confondre avec la PEP (prophylaxie post exposition) que l'on utilise après une conduite à risque (relation sexuelle sans préservatif ou déchirure du préservatif, par exemple) lorsqu'on est séronégatif·ve pour éviter une infection par le VIH.

La PEP, c'est quoi ?

La PEP est l'abréviation de l'expression anglaise « Post Exposure Prophylaxis », que l'on peut traduire par « Prophylaxie (= prévention) Post Exposition ».

Cette mesure concerne toutes les personnes qui ont été exposées à un risque de transmission du VIH, en particulier :

- accident d'exposition au sang (ou à un autre liquide biologique possiblement contaminant) : par exemple, un soignant qui se pique avec une aiguille ;
- relation sexuelle à risque : rapport sexuel non protégé, rupture du préservatif, agression sexuelle (viol).

Quel est le traitement utilisé ?

Le traitement est variable selon les pays. En général, on prescrit le protocole ARV (trithérapie) de première ligne qui est recommandé dans le pays (adulte ou enfant, selon les cas).

Il faut le débuter le plus tôt possible (dans les premières heures) après l'acte potentiellement contaminant : après 48 heures, la protection est pratiquement nulle.

Ce traitement sera poursuivi pendant un mois, avec un suivi sérologique : un test de dépistage du VIH sera réalisé après un mois et après trois mois pour vérifier l'absence de transmission du VIH.

Dans quelles circonstances peut-on conseiller la PEP aux adolescent·e·s ?

Essentiellement lorsqu'un·e ado a eu un rapport sexuel à risque avec un·e partenaire séronégatif·ve.

Dans la mesure où la PEP doit être débutée très rapidement, il est important que les ados connaissent cette procédure au moment où l'accident d'exposition se produit. Les PE devraient donc intégrer l'information sur la PEP dans la liste des thèmes abordés pendant les activités de groupe.

En pratique, comment faire ?

Normalement, des protocoles existent dans les sites de prise en charge du VIH.

À la suite d'un accident d'exposition au VIH, la personne est accueillie, un test de dépistage du VIH est réalisé et le traitement préventif est débuté (bien entendu, si le test VIH est positif, cela signifie que la personne était déjà infectée par le VIH et la prise en charge sera différente).

Dans le cas des ados vivant avec le VIH, il peut être compliqué de conseiller à leur partenaire de se faire dépister, en particulier si ce·cette partenaire n'est pas informé·e de la séropositivité de l'ado.

Cependant, sans forcément révéler son statut à ce moment-là, l'adolescent·e devrait chercher à convaincre la personne exposée à consulter très rapidement, pour faire le point avec un soignant sur la conduite à tenir.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

La PEP est un traitement préventif, qui diminue la probabilité de contracter le VIH après une exposition accidentelle ou une pratique à risque.

Le traitement est débuté le plus tôt possible après l'exposition au risque et dure un mois.

Des tests de dépistage VIH sont réalisés après un et trois mois pour vérifier que la personne n'a pas été infectée.

Les PE doivent profiter des activités de groupe pour informer les ados de l'existence de cette procédure.

De la sorte, si un·e ado expose accidentellement une personne au VIH, il·elle pourra l'orienter rapidement vers un service adapté délivrant la PEP.

Pratiques sexuelles à risque et sans risque

Le risque de transmission du VIH est variable selon les pratiques sexuelles. Dans certains cas, le risque de transmission est inexistant (= risque nul) ; dans d'autres, il est important. Certaines circonstances peuvent majorer (= augmenter) le risque de transmission : une charge virale très élevée, la présence d'une IST, d'une plaie dans la bouche, la présence de sang, etc.

Attention : certaines pratiques sont sans risque pour la transmission du VIH. En revanche, elles peuvent comporter un risque élevé de transmission d'autres IST (voir « Les infections sexuellement transmissibles (IST), qu'est-ce que c'est ? », p. 157).

Risque de transmission VIH	Transmission courante	Transmission peu courante	Transmission impossible
Embrasser (avec la langue)			X
Masturbation mutuelle			X
Recevoir un cunnilingus (se faire lécher)			X
Faire un cunnilingus (lécher)		X	
Recevoir une fellation (se faire sucer)			X
Faire une fellation (sucer)		X	
Faire et recevoir un anulingus (lécher l'anus)			X
Pénétration pénis-vagin	X		
Pénétration pénis-anus	XX		

Ce tableau décrit les niveaux de risques pour une personne séronégative de contracter le VIH. Par exemple, il n'y a pas de risque pour une personne séronégative si une personne séropositive lui fait une fellation (en l'absence de plaie ou de sang dans sa bouche). En revanche, une personne séronégative qui pratique un cunnilingus à une personne séropositive a un risque (peu courant) de s'infecter par le VIH.

Foire aux questions

Un séropositif peut-il faire la fellation ?

Si une personne séropositive pratique une fellation à une personne séronégative, il n'y a pas de risque de transmission (on considère que la personne séronégative « reçoit » une fellation).

Quand la fille est infectée et non le garçon, celui-ci fait le léchage dans le sexe de la fille, quel est le risque ?

Dans ce cas, il existe un risque (peu courant) si la charge virale est détectable. Il convient alors que la personne séronégative se protège par une méthode de barrière (voir « Méthodes de prévention des IST en cas de pratiques possiblement contaminantes », p. 165).

Le VIH se transmet-il uniquement par la pénétration vaginale ?

Non. On pense souvent sexualité = pénétration vaginale et on envisage uniquement les risques sexuels de ce côté-là. Pourtant, la sexualité, c'est un univers des possibles beaucoup plus large qu'un pénis qui pénètre dans un vagin. D'autres pratiques sexuelles existent : caresses du sexe ou des seins, fellation, cunnilingus, pénétration anale, pénétration digitale, etc. Ces pratiques peuvent être source de plaisir (ou pas, à chacun-e de voir !) et ce indépendamment du sexe ou de l'orientation sexuelle de la personne. Mais certaines peuvent également entraîner des risques de transmission du VIH (ou d'IST).

Peut-on vivre avec son partenaire qui n'est pas infecté sans lui transmettre le VIH ?

Lorsque, dans un couple, l'une des deux personnes est séropositive et pas l'autre, on parle de couple sérodiscordant (la sérologie de l'un est différente de la sérologie de l'autre).

Dans ce cas, il faut informer le couple que des précautions peuvent être prises pour réduire le risque de transmission du VIH :

- utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels : méthode efficace, mais rarement possible à faire appliquer au sein d'un couple stable ;
- consommer des ARV pour la personne séronégative (voir « La PrEP, c'est quoi ? », p. 182) ;
- avoir une charge virale indétectable pour la personne infectée par le VIH : des études sérieuses montrent que la transmission sexuelle du VIH n'existe pas si la CV est indétectable.

Est-il possible de contaminer une fille séronégative lors de rapports sexuels non protégés lorsque le taux de CD4 est à plus de 500 ?

Oui, c'est possible, car le taux de CD4 peut être élevé (plus de 500 cellules) alors que la charge virale est également élevée (voir « Les CD4, c'est quoi ? », p. 58).

Si la charge virale plasmatique (c'est-à-dire dans le sang) est élevée, il y aura du VIH dans les sécrétions sexuelles (de façon assez proportionnelle) et un risque de transmission du VIH.

Il n'y a donc pas de relation entre le taux de CD4 et le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels non protégés.

En pratique, que faut-il retenir et quels sont les messages importants à transmettre ?

Le risque de transmission du VIH est très important en cas de pénétration anale.

Il est important en cas de pénétration vaginale.

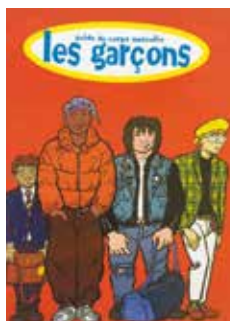
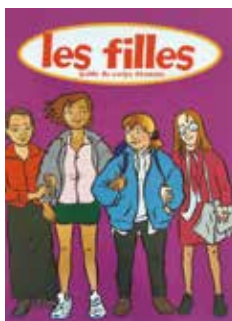
Les pratiques de sexe oral (fellation, cunnilingus) sont moins risquées, mais il convient de prendre des précautions.

Questions sur la sexualité

Les PE peuvent être confronté·e·s à des questions précises ou techniques sur la sexualité : c'est quoi les préliminaires ? J'ai eu une relation sexuelle avec une fille qui disait être vierge, pourtant elle n'a pas saigné, ça veut dire qu'elle n'était pas vierge ? C'est normal si ça me fait mal quand j'ai des relations sexuelles ? Mon pénis me semble petit, comment je peux savoir si c'est normal ?, etc.

Toutes ces questions (et bien d'autres) sont abordées dans des petits guides disponibles dans les associations ou sur Internet.

Les PE peuvent les consulter, conseiller aux adolescent·e·s de les lire et s'en servir de support pour échanger avec ceux·celles en demande d'information sur la sexualité.



Le guide du corps (féminin et masculin) aborde les transformations du corps à l'adolescence.

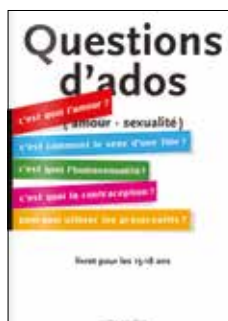
Il comporte les réponses à de nombreuses questions que peuvent se poser les adolescent·e·s.

Source : http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=86061&seule=1

Le guide « Questions d'ados » répond à de nombreuses questions sur la sexualité des adolescent·e·s, par exemple :

C'est quoi la masturbation ? Pourquoi les filles mouillent-elles ? Pourquoi les garçons bandent-ils le matin ? C'est quoi les zones érogènes ? Comment savoir si une fille ou un garçon a du désir sexuel ? C'est quoi un orgasme ? Comment fait-on l'amour ? C'est quoi l'éjaculation précoce ?, et bien d'autres encore.

Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/questions-d-ados-edition-2016>



Le guide dénommé « *Les premières fois* » passe en revue des situations que les ados peuvent rencontrer : la première fois que l'on tombe amoureux·se, la première pénétration, la première pratique sexuelle à risque, etc.

À lire seul ou à partager en entretien individuel.

Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-premieres-fois>

Sites intéressants :

<https://espacejeunes.simdif.com/index.html>

<http://senegal.clickinfoado.org/>

<https://www.tantine.rw/>

La prise en charge de ados vivant avec le VIH depuis leur naissance est complexe et met les équipes de prise en charge en difficulté : ces jeunes sont plus fréquemment que les adultes en échec virologique, portent des virus mutés et résistants, refusent (ou n'arrivent pas) à se plier aux contraintes des prises quotidiennes de traitement.

Depuis quelques années, l'apparition de leaders (filles et garçons) dans les files actives des ados pris en charge dans les associations a conduit les équipes à leur proposer un rôle de pair éducation.

Volontaires, concernés et crédibles (car vivant avec le VIH et prenant aussi des traitements ARV), ces grands frères et grandes sœurs permettent de relayer les messages des équipes et servent de modèles aux ados plus jeunes.

Cependant, leur place est encore mal précisée, leur formation n'est pas standardisée et peu d'ouvrages leur sont spécifiquement destinés.

Ce guide à destination des ados pairs éducateur.rice.s (PE) poursuit deux objectifs :

- leur permettre de trouver des informations pour compléter leurs connaissances et être à même de répondre aux questions que les ados plus jeunes leur posent fréquemment, d'une part ;
- les aider à se positionner entre les équipes de prise en charge et les ados vivant avec le VIH, face à des situations complexes (conduite addictive, maltraitance, demande d'avortement, etc.), d'autre part.

Cet ouvrage est composé d'apports théoriques et de réponses aux questions posées par les PE eux-mêmes. Il est illustré par des dessins, des schémas et des algorithmes originaux pour faciliter la compréhension de notions parfois complexes.

Nous espérons qu'il répondra aux besoins des ados PE dont le rôle dans la prise en charge des ados vivant avec le VIH apparaît de plus en plus pertinente.