

TUNISIE

HAMMAMET

du 28 au 30
sept. 2017

2^e édition

AFRAMED
VIH/Hépatites



Infection à VIH chez les adolescents

Dr AF Gennotte

Service des Maladies Infectieuses

CHU Saint-Pierre

Bruxelles

Belgique

ULB



Contextes de travail

Dans le Service des maladies infectieuses

- ◉ Consultation adulte VIH
- ◉ Consultation de transition
- ◉ Centre ELISA ,centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH/IST

Au Centre Exil à Bruxelles , service de santé mentale pour personnes demandeuses d'asile ,réfugiées et victimes de torture

Adolescents infectés par le VIH : population hétérogène par

- L'âge (10-19 ans, 20-25 ans, > 25 ans) et la définition de l'adolescence
- Le genre  , trans-genre
- Le mode d'acquisition du VIH vertical, sexuel :   ,  iatrogène
- L'origine géographique
 - « pays du Nord » : USA ≠ Europe du Nord et du Sud
 - « pays du Sud » : Afrique Subsaharienne(ASS) avec des différences entre l'Afrique de l'Ouest, de l'Est , d'Afrique Australe ≠ le Maghreb ,le Moyen Orient ou l'Asie
- La typologie de l'épidémie selon qu'elle est ,active dans la population générale et/ ou concentrée dans les populations clés (ex En Europe, au Maghreb au Moyen –Orient)

Situation en 2015 en Afrique et au Moyen-Orient

Afrique Sub-saharienne

- Epidémie active et /ou concentrée dans les populations clés
- **25.6 millions** PVVIH
- 1,55 million nouvelles infections

Afrique du Nord et Moyen Orient

- Epidémie concentrée dans les populations clés
- **230.0000** PVVIH
- 21.000 nouvelles infections

Populations clés

Plusieurs définitions selon les pays et le contexte

- ◉ Homo/Bi  , Personnes transgenres
- ◉ UDVI
- ◉ Travailleurs du sexe/Victimes de la traite des êtres humains
- ◉ Migrants en provenance de pays à haute-prévalence ou exposés à des violences lors de l'exil en particuliers les femmes et les mineurs non accompagnés (MNA)
- ◉ (Ex)Détenus
- ◉ + Les partenaires des personnes citées

Les adolescents infectés dans le monde en 2014

10-19 ans

- 2 millions

- 25% vivent
 - en Afrique du Sud
 - au Nigeria
 - au Kenya

20-24 ans

- 2,8 millions

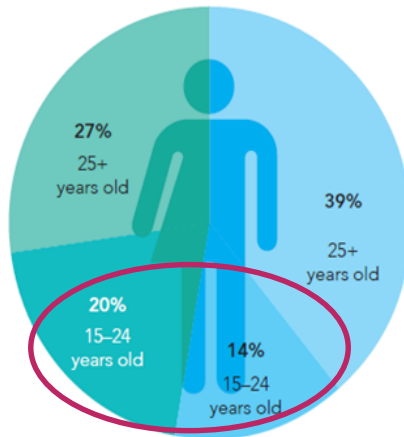
- 82 % vivent en ASS
- 71% sont des



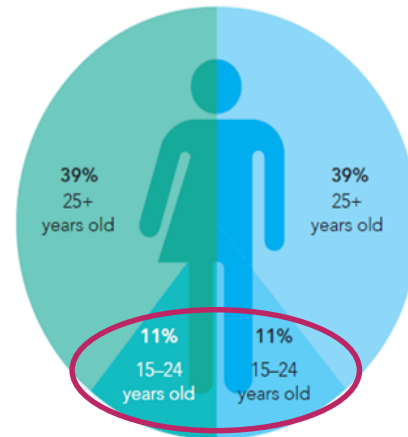
Unicef data, monitoring the situation in women and children 2015
data.unicef.com

Distribution of new adult HIV infections and population by age and sex, global and in sub-Saharan Africa, 2015

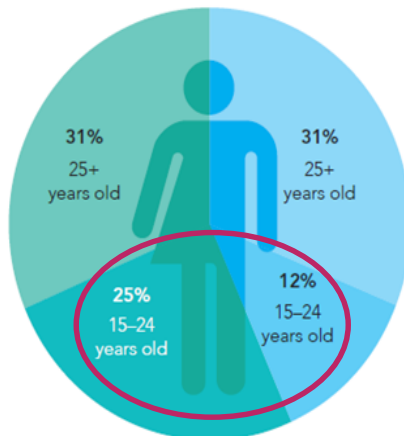
NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS, BY AGE AND SEX, GLOBAL, 2015



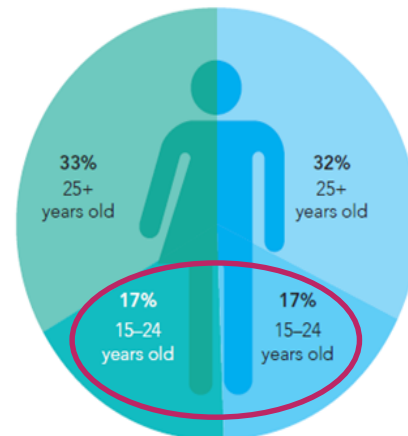
ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX, GLOBAL, 2015



NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS, BY AGE AND SEX, SUB-SAHARAN AFRICA, 2015



ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX, SUB-SAHARAN AFRICA, 2015



Adolescentes et jeunes femmes (15-24ans), 2015

- ◉ 11% de la population adulte dans le monde
- ◉ 20 % des nouvelles infections VIH dans le monde
- ◉ 17% de la population en AAS
- ◉ 25 % des nouvelles infections en Afrique Subsaharienne
- ◉ Les jeunes filles/femmes sont plus atteintes car:
 1. Les normes de genres sont négatives et les inégalités++
 2. Font face à une insuffisance d'accès à l'éducation, aux services médicaux et reproductifs
 3. Sont plus pauvres
 4. Sont plus souvent victimes de violences y compris sexuelles

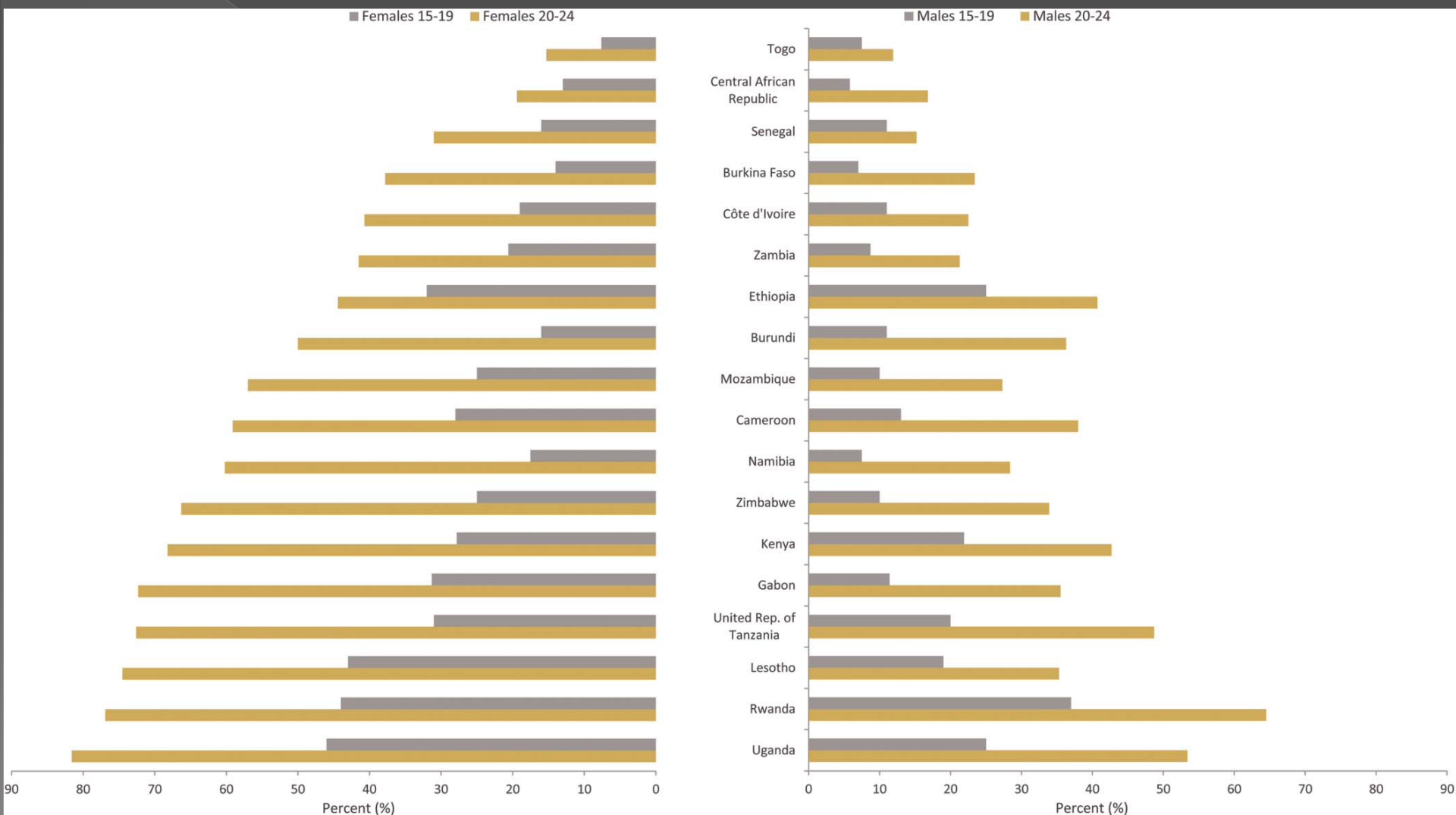
Objectif 90-90-90 pour les adolescents

- Il est loin d'être atteint tant en terme de dépistage, de mise sous traitement, que de réplication virale contrôlée
- Très problématique si on sait qu'en 2025, on évalue à **293 millions** le nombre de **jeunes** qui vivra en **Afrique**

[AIDS](#), 2017 Jul 1;31

Adolescents, young people, and the 90-90-90 goals: a call to improve HIV testing and linkage to treatment.

Percentage of adolescents aged 15–19 years and young women and men aged 20–24 years who have ever been tested for HIV and received results, by country, sex, and age in selected sub-Saharan African countries, 2007–2012.



Source: United Nations Children's Fund global databases, 2013, based on Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), and other national surveys, 2007–2012.

Freins au dépistage en particulier chez les jeunes dans de nombreux pays

Stigma/Interdiction /contrôle social/criminalisation de :

Dans les populations clés

- Homosexualité/Bisexualité
- Usage de drogues
- Prostitution

Dans la population sexuellement active et surtout chez les femmes

- Relations avant le mariage
- Relations hors mariage
- Relations extraconjugales (« adultères »)
- Utilisation de condoms

Chez les femmes

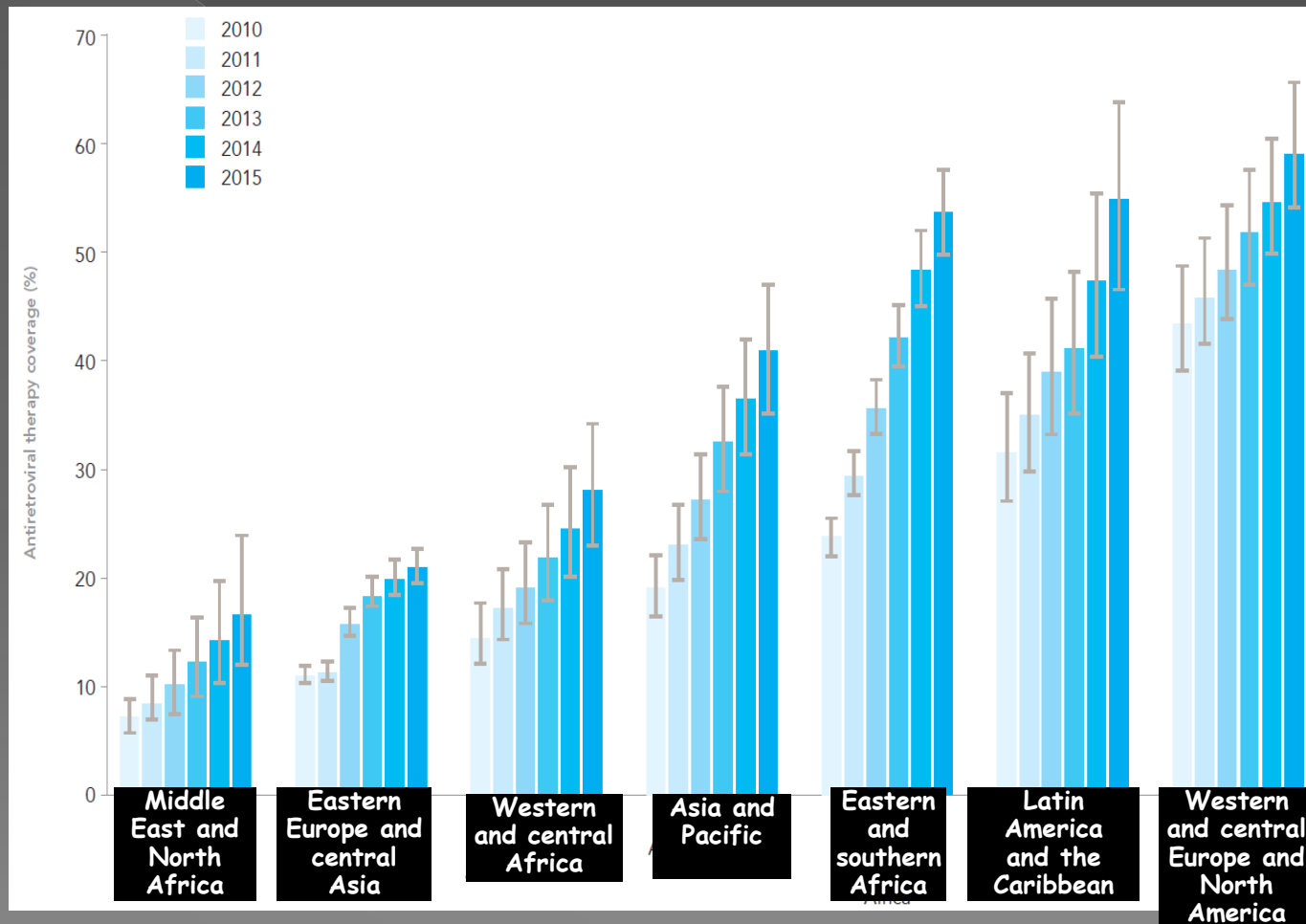
- Utilisation d'une contraception
- IVG

Nécessité ou non d'avoir l'autorisation des parents pour le dépistage VIH ,pour le traitement des IST si le jeune est mineur

Réponse de la société civile et de services médicaux

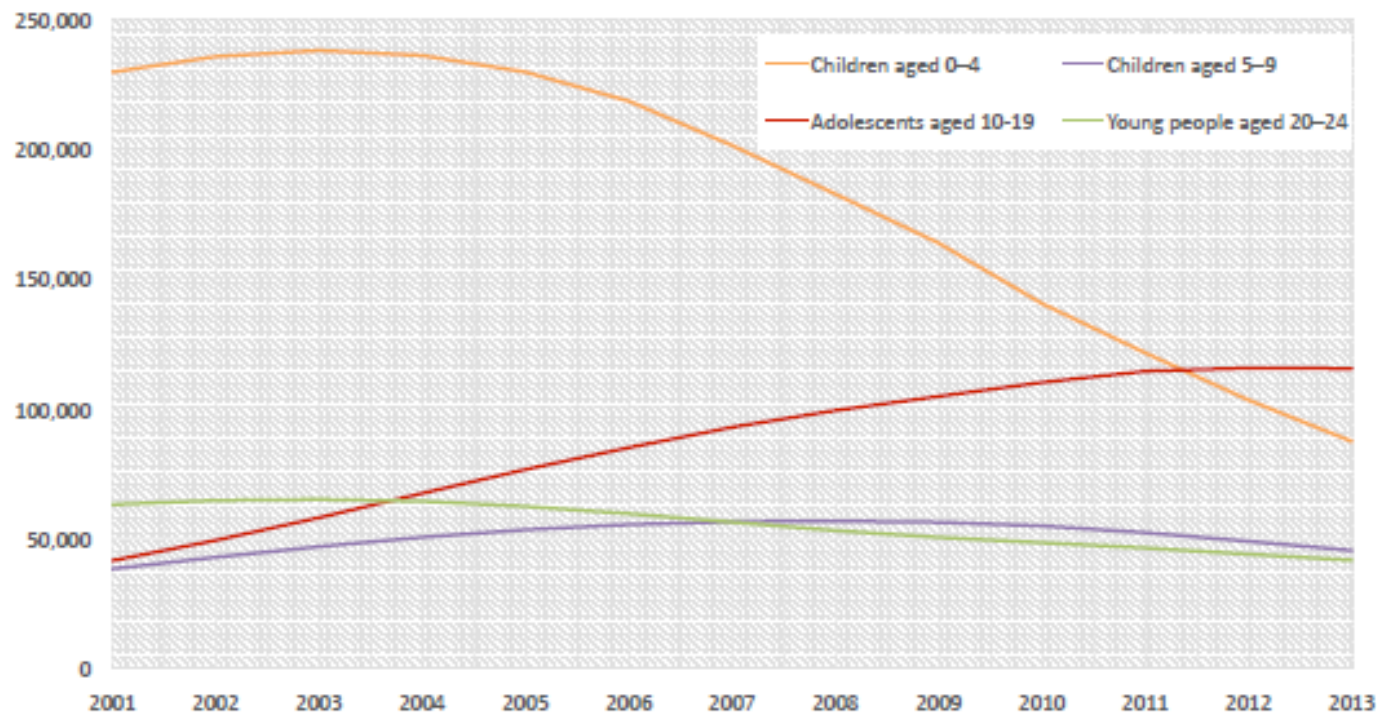
- Face à des lois stigmatisantes en vigueur dans de nombreux pays, des associations, des services médicaux et de prévention se mobilisent pour faire de la **sensibilisation**, de la **prévention**, du **soutien** des populations clés et des femmes et pour **offrir un dépistage** VIH/IST
- Mais pour **les jeunes de moins de 18 ans**, il est impossible, dans de nombreux pays, de bénéficier d'un dépistage du VIH, même anonyme, sans l'autorisation des parents

Antiretroviral therapy coverage among people living with HIV, by region, 2010–2015



- ◉ En Afrique ,le traitement a augmenté la survie chez les PVVIH et la mortalité liée au SIDA a diminué **sauf chez les adolescents(10-19)**
- ◉ Le SIDA est la première cause de mortalité chez les adolescents en Afrique

AIDS-related deaths are declining rapidly for all age groups...*except adolescents*



Estimated number of AIDS-related deaths among children aged 0-9, adolescents aged 10-19 and young people aged 20-24, 2001-2013

Source: UNICEF analysis of UNAIDS 2013 HIV and AIDS estimates, July 2014.

Chez les adolescents et plus particulièrement
chez ceux infectés depuis la naissance

- ◉ ↑Non adhérence
- ◉ ↑Résistance virale et ↑échecs au traitement
- ◉ ↑Perdus de vue
- ◉ ↑Mortalité

Fragilisation supplémentaire au moment et
après la transition entre les services
pédiatriques VIH et les services adultes

Conséquence du manque d'adhérence

- Plusieurs études montrent que le manque d'observance à l'adolescence chez les enfants infectés dans l'enfance conduit au vieillissement prématuré du système immunitaire avec des dommages irréversibles

Premature aging and immune senescence in HIV infected children ,Gianesin K,AIDS 2016
HIV mediated immunosenescence in young adults infected at birth, Fastenackels ,IAS 2017

Situation de vie des jeunes infectés dans l'enfance

Des jeunes qui sont nombreux à avoir vécu :

- ◉ des deuils (souvent orphelins de mère et /ou de père)
- ◉ des abandons multiples
- ◉ en étant parents de leurs parents malades
- ◉ une histoire trans-générationnelle
(secrets, fantômes, zones d'ombre)
- ◉ des bouleversements existentiels
- ◉ une (mono) parentalité
- ◉ une désinsertion(errance)parfois prolongée
- ◉ un décrochage scolaire et/ou professionnel

Infection périnatale ou acquise à l'adolescence

Infection périnatale

- ◉ Exposition au long cours aux ARV+toxicités
- ◉ Comorbidités
- ◉ Troubles neurocognitifs
- ◉ Troubles de croissance et de puberté

Infection à l'adolescence

- ◉ Apprendre un nouveau diagnostic
- ◉ Difficultés d'annonce aux parents
- ◉ Stigma lié à Homo/bi sexualité, l'usage de drogues ...

Méconnaissance ou déni du diagnostic, dépression, prises de risque, maladie stigmatisante

Du service de pédiatrie au service VIH pour adultes

Implique de changer pour le jeune:

- de service et/ou parfois d'Hôpital
- de « culture » de prise en charge
- de médecins, d'équipe soignante

Implique de passer d'un statut d'enfant à celui d'adulte, à progressivement devenir l'acteur de son propre parcours de santé tout en poursuivant son travail adolescente

Implique pour les parents, les professionnels pédiatriques et infectiologues d'apprivoiser les différences de cultures de prise en charge

Entre « 2 feux »

Pour la pédiatrie, les parents, le service adulte peut être :

- Trop « rigide »
- Impersonnel
- Trop rapide, expéditif
- Responsable de ne pas agir pour retrouver les jeunes perdus de vue transférés en service adulte

Pour la consultation adulte, le service de pédiatrie et les parents sont peut être :

- Trop « laxistes » ,
- Responsables d'entretenir une « dépendance » chez les jeunes
- Surprotecteurs

Modèles de transition dans les pays du Nord (épidémie concentrée ,peu(moins) de cas pédiatriques)

- USA :Guidelines , protocoles de transition, consultations et staffs spécifiques - Sites officiels spécifiques « pédagogiques » sur la transition (pour les jeunes et les professionnels)
- Canada : la médecine de l'adolescence est une spécialité reconnue depuis 2010 au Québec.
- Royaume-Uni ;Consultations spécifiques à large échelle
- Suède, Italie, Autriche, Allemagne , Australie :expériences plus limitées avec souvent un jour dédié, un environnement adapté et un support psychologique
- France -Paris
 - -Réflexion sur la transition avec des équipes étrangères pendant 10 ans :réunions organisées par l'Hôpital Trousseau à Paris
 - Transition organisée en réseau avec des services adultes à partir d'hôp. pédiatriques
 - Espace Guy Moquet**

Modèles de transition en Afrique Subsaharienne (épidémie active)

- Contextes : services pédiatriques surchargés/ staffs débordés, manque d'infrastructures
 - Clinique pour jeunes le samedi matin en Afrique du Sud
 - Au sein de la consultation adulte : 1 jour par semaine dédié aux jeunes en Ouganda
 - Programme de formation à la transition au Malawi
 - Soins jeunes MSF : club de jeunes avec mise en lien avec un mentor via mobile phone
 - Peer support groups en Ouganda

J Int AIDS Soc. 2017 May 16;20(Suppl 3):34-49. doi: 10.7448/IAS.20.4.21528.

Transition from paediatric to adult care of adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: challenges, youth-friendly models, and outcomes

Les facteurs qui seraient déterminants pour une bonne transition

- ◉ Importance de la qualité de la relation thérapeutique
- ◉ Support psycho-social
- ◉ Horaires extra-scolaires
- ◉ Environnement teen/ado « friendly »
- ◉ Lieu identifié
- ◉ Équipe stable avec en son sein des membres présents /disponibles en continu
- ◉ Flexibilité par rapport aux RDV
- ◉ Système de repêchage , de relance (prévention active des perdus de vue)

Espace Guy Moquet ,Hôtel Dieu ,Paris



Unité hospitalière spécifique pour les jeunes de **13 à 25 ans** (**VIH + ou pas**) dans un hôpital adulte mais dans un lieu distinct avec un **médecin référent** qui orchestre autour du jeune une nouvelle prise en charge avec invitation du pédiatre VIH d'origine puis d'un médecin infectiologue .

Au bout de 3 ans en moyenne, le jeune va poursuivre son suivi médical dans un service adulte VIH avec le médecin infectiologue qui assurera son suivi à l'espace Guy Moquet

Création de la consultation de transition en 2004 dans le service des maladies infectieuses du CHU Saint-Pierre

- Consultation spécifique au sein de la consultation « adulte » menée par une équipe distincte avec des réunions de staff séparées
- Dossier de transfert (psycho-médico-social)
- Rituel de passage entre le pédiatre et l'ado
- Dispositif de repêchage (avec accord du jeune)
- Réunion de coordination mensuelle avec le service de pédiatrie
- Feedbacks réguliers par mail et informels entre les 2 équipes
- Maintien lien thérapeutique de l'ado avec le psy pédiatrique dans un premier temps et avec les groupes de paroles et activités communautaires ou collectives

Evolution

- Mise en place d'un « contrat » avec le jeune dès son arrivée en consultation de transition (6 mois ,renouvelables)
- Création d'un dossier informatisé pluridisciplinaire spécifique avec , notamment, le suivi des capacités d'autonomie
- Etablissement d'un tableau de bord des futurs transferts avec les pédiatres , qui sert de base aux réunions mensuelles de coordination .En mars 2016,on comptait encore 40 patients à transférer

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SPECIFIQUE (2004)

1 Médecin

1 Assistante sociale

Patient
(Famille)

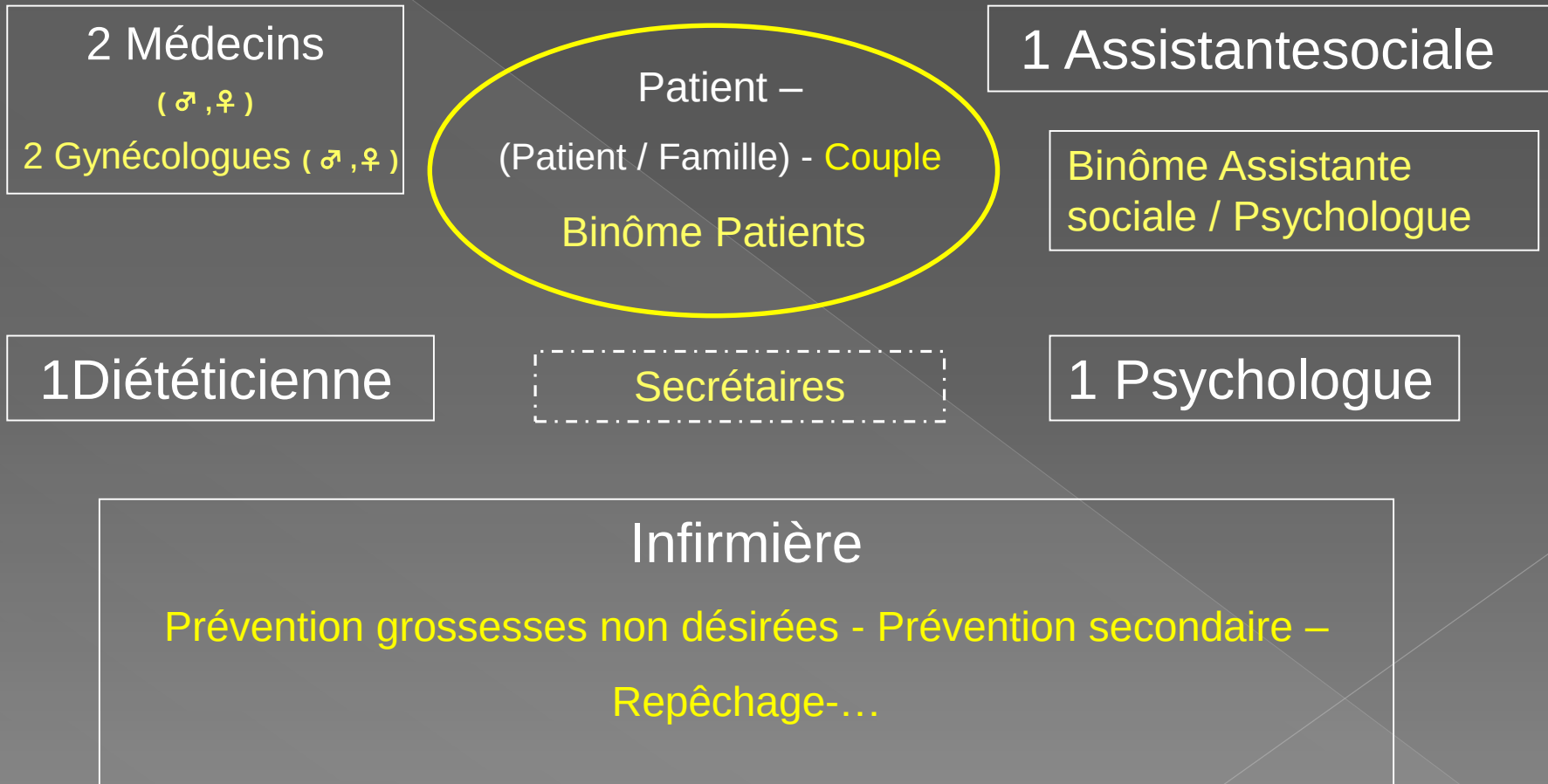
1 Diététicienne

1 Psychologue

Infirmière spécifique

- Présente 5J/7 à la consultation
- A le stock de médicaments/préservatifs
- Fait le dispatching pour les ordonnances/prises de sang
- Assure le « Repêchage » et la prévention des « perdus de vue »

Evolution du dispositif



3 processus de transition

- ◉ À l'intérieur du service de pédiatrie avant la transition
- ◉ Entre la pédiatrie et la consultation de transition
- ◉ Entre la consultation de transition et le Service adulte (nouveau moment de fragilité potentielle)

Situation en septembre 2016

Un total de 81 patients pris en charge par l'équipe de transition

- ◉ **28 patients** en transition
- ◉ **15 patients** en transition pour lesquels on prévoit une sortie (=« trans-out »)
- ◉ **5 transferts** en cours (pédiatrie)
- ◉ **33 patients** passés en consultation adulte en repêchage ou à « avoir à l'œil »

Qui sont les jeunes accueillis en consultation de transition

- ◉ Des jeunes infectés par voie verticale , iatrogène ou inconnue dans l'enfance (75%), transférés du service de pédiatrie VIH du même hôpital ou d'un autre hôpital belge ou récupérés après avoir été perdus de vue par la pédiatrie ou après un échec de transfert vers un service adulte
- ◉ Des jeunes infectés par voie verticale ou hétéro/homo sexuelle venant d'ASS (via les centres d'accueil pour réfugiés belges)
- ◉ Des très jeunes MSM ou des jeunes personnes porteuses d'un handicap (via le Centre de dépistage ou autre)
- ◉ Age moyen à l'entrée : 19ans (15-26ans)
- ◉ 75% d'ASS
- ◉ Durée de séjour moyen en transition : 4 ans (6 mois-6 ans)

Préparation du passage en pédiatrie

Pédiatrie VIH

Préparation du passage en pédiatrie

Pédiatrie VIH	
Pédiatrie	

Préparation du passage en pédiatrie

Pédiatrie VIH	
Pédiatrie	Avant transition

Préparation au passage dès l'enfance(individuellement et lors de séances de groupe)

Compte à rebours environ un an avant le passage effectif
:PROCESSUS de passage avec le jeune et l'équipe qui va l'accueillir

2/3 des patients

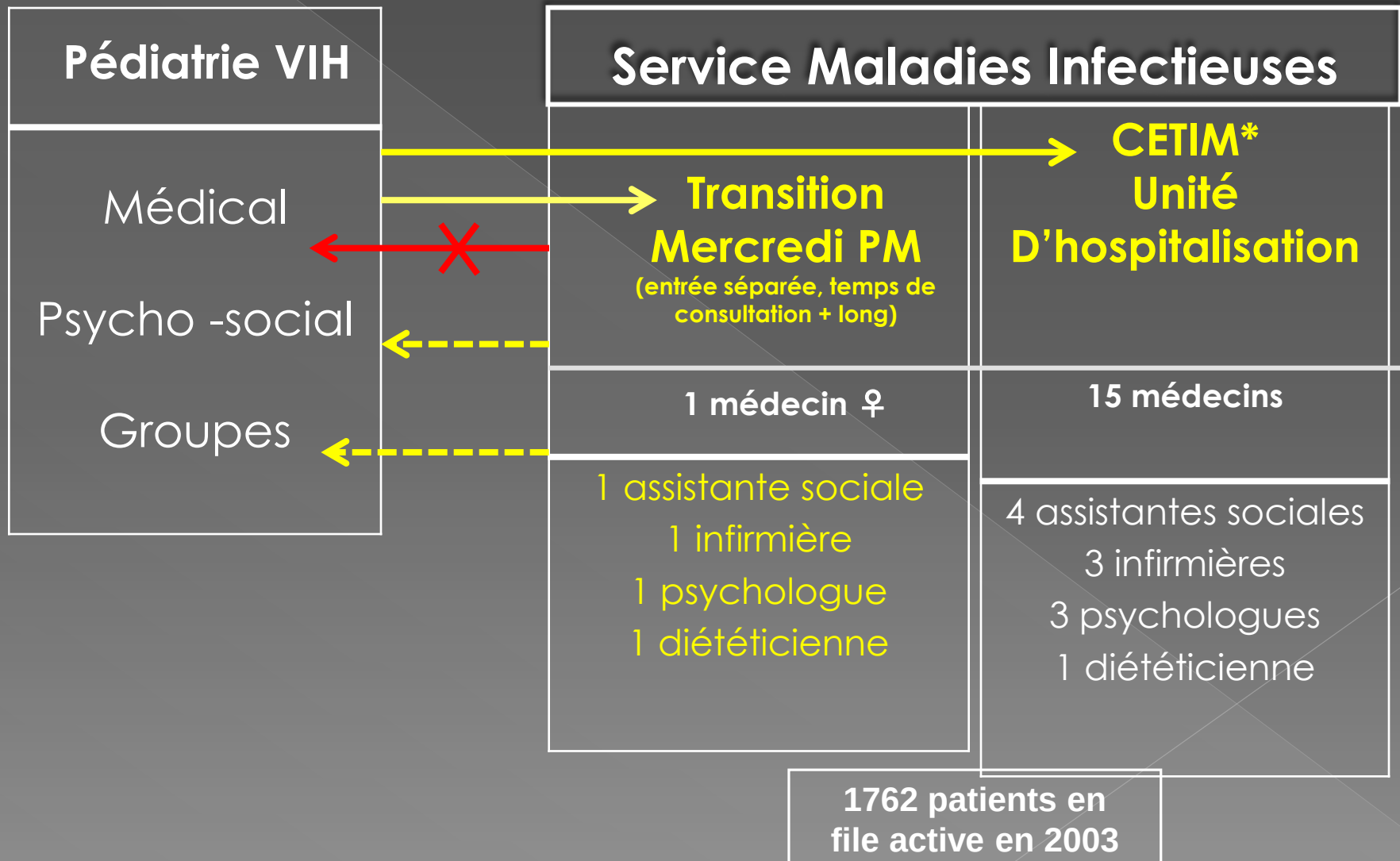
Service VIH
« adulte »

- Consultation de transition
- Consultation adulte

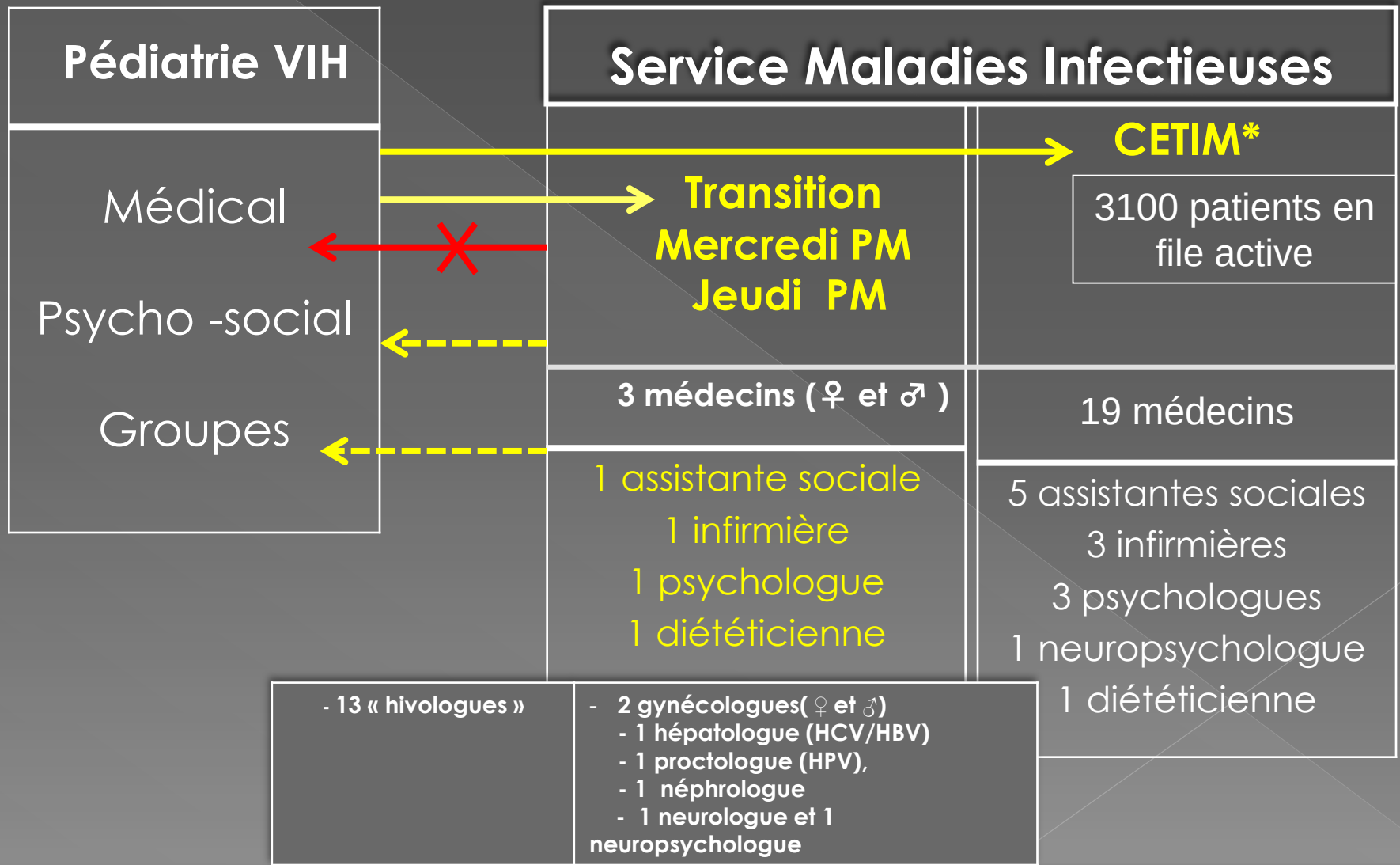
1/3 des patients

Service VIH
« adulte » dans un autre Hôpital

Equipe distincte avec accueil en horaires extrascolaires



Evolution en 2017



Les jeunes transférés sont-ils des patients potentiellement difficiles comme les autres patients adultes « difficiles » ?

Oui

- Ratent les RDV
- Arrivent en retard
- Perdent leurs ordonnances et demandes d'analyses
- Font des sorties exigées en hospitalisation
- Sont « fuyants », « errants », « insaisissables »

Non

- ce n'est pas un « destin »
- Les difficultés s'éprouvent dans un contexte de travail adolescente ,limitées dans le temps,
- Repêchage limité dans le temps ,non automatique et aveugle ,pensé avec un objectif d'autonomisation du jeune

Au-delà du 90-90-90 viser aussi la qualité de vie



Remerciements au Professeur Mohamed Chakroun de m'avoir invitée dans son service et d'avoir organisé des rencontres avec des services de prévention et des associations :

- Espace jeune de l'Office national de la famille et de la population (délégations de Monastir et Naboetul)
- Consultation de dépistage intégré à l'Hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir
- ATCL ,association tunisienne de lutte contre les comportements à risque ,basée à Naboel

Merci à toutes les personnes rencontrées qui m'ont consacré du temps malgré des journées bien chargées