

# VÉCU ET COMPORTEMENTS À RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS INFECTÉS PAR LE VIH À OUAGADOUGOU: NÉCESSITÉ DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

YONABA C<sup>1</sup>; KABORÉ A<sup>2</sup>; DAHOUROU DL<sup>3</sup>; KALMOGHO A<sup>1</sup> ROUAMBA. O<sup>1</sup>; ZOUNGRANA A<sup>2</sup>; OUE-DRAOGO S<sup>2</sup>; ZOUNGRANA C<sup>1</sup>; MINENE E<sup>1</sup>; KOUETA F<sup>2</sup>; YÉ D<sup>2</sup>.; KAM L<sup>1</sup>; SANGHARÉ L<sup>4</sup>

## RESUME

L'adolescence est une période de transformations physiques et psychologiques, responsable d'adoption de comportements à risque. L'objectif de notre étude était de décrire le vécu et de déterminer les comportements à risque chez les adolescents séropositifs suivis dans deux hôpitaux d'Ouagadougou, Burkina Faso.

Il s'est agi d'une étude transversale de juillet à décembre 2013 des adolescents de 12 à 19 ans infectés verticalement par le VIH, sous traitement antirétroviral et informés de leur statut sérologique. Un questionnaire semi structuré leur a été administré et leurs dossiers médicaux ont été examinés.

Au total 60 adolescents ont été inclus dans cette étude. Chez 86,6% un retard scolaire était noté. Une mauvaise observance au traitement antirétroviral était relevée chez 76,6%. La tristesse (55%) et la peur (25%) avaient été les principales réactions à l'annonce, et 55% vivaient encore dans la crainte que leur statut sérologique ne soit découvert. Onze (18,3%) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels et aucun n'a divulgué leur statut au partenaire. La consommation de tabac et/ou alcool était noté chez 14 d'entre eux.

Cette étude fait état d'un vécu difficile chez plus de la moitié des adolescents séropositifs. Outre les difficultés d'observance déjà connues ailleurs, des pratiques sexuelles à risque et des conduites addictives sont présentes chez un tiers d'entre eux. Des interventions spécifiques prenant en compte l'impact du VIH et le processus de l'adolescence mériteraient d'être institutionnalisées.

**Mots-clés :** VIH, Adolescence, comportements à risque, Burkina Faso

## ABSTRACT

### **THE LIFE AND RISKY BEHAVIORS OF ADOLESCENTS LIVING WITH HIV IN OUAGADOUGOU, BURKINA FASO**

Adolescence is a period of physical and psychological transformation leading to the adoption of risky behaviors.

The main objective of our study was to describe the life and risky behaviors of HIV infected adolescents followed up in two university hospitals in Ouagadougou, Burkina Faso.

It was a cross-sectional study done from July to December 2013 in adolescents aged 12 to 19 years. These adolescents had acquired HIV by vertical transmission, were on antiretroviral drugs and were told about their HIV status.

A semi-structured questionnaire were administered to them and their medical records were reviewed.

Sixty adolescents were included in the study. Poor school performance was noted in 86.65%. Poor treatment adherence was observed in 76.6%. Sadness (55%) and fright (25%) were the main reactions at the time their status was announced and 55% were still leaving in fear that their status would be revealed. Eleven (18.3%) had sex and none had revealed their status to their partner. Tobacco and alcohol consumption was noted in 23% of adolescents.

This study demonstrates that more than half of adolescents who are living with HIV have a difficult life. One quarter of them have addictive and risky behaviors in addition to those already known. Specific interventions taking in account the impact of HIV and the adolescence process need to be established.

**Keywords:** HIV, Adolescence, risky behaviors, Burkina Faso

1.Département de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2.Service de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso

3.Projet MONOD, ANRS 12206, Centre de Recherche Internationale pour la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

4.Département de Bactériologie et Virologie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

**Auteur correspondant :** Yonaba/ Okengo Caroline, 06 BP1348 Ouagadougou 06, caroyonaba@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'adolescence définit la période située entre 10 - 19 ans [1]. En 2013, plus de deux millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH dans le monde [2]. L'absence de services de prise en charge de l'infection à VIH efficaces et acceptables pour les adolescents a entraîné, de 2005 à 2012, une augmentation de 50% des décès liés au sida dans cette tranche d'âge, contre une baisse de 30% dans la population générale [2].

En Afrique subsaharienne, beaucoup d'enfants infectés à la naissance sont aujourd'hui adolescents. Outre les nombreux changements liés à l'adolescence, ils doivent aussi apprendre à vivre avec une infection chronique, révéler leur état à leurs amis et à leur famille et éviter de transmettre l'infection à leurs partenaires sexuels.

Plusieurs études européennes et américaines sur

les comportements à risque notamment sexuels des adolescents infectés par le VIH ont déjà été réalisées, cependant très peu d'étude se sont intéressés aux adolescents infectés par le VIH dans notre contexte [4–7].

Notre travail avait pour objectif d'étudier le vécu et les comportements à risque des adolescents infectés par le VIH depuis la période périnatale et suivis dans les services de pédiatrie des centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo (CHUYO) et Charles De Gaulle (CHUP-CDG) à Ouagadougou.

## MÉTHODES

### o Cadre d'étude

L'étude a eu lieu dans le département de pédiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. Ce département est un des trois centres de référence pour la prise en charge du VIH pédiatrique à Ouagadougou.

### o Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale du 1er juillet au 31 décembre 2013.

### o Population d'étude

Ont été inclus tous les adolescents infectés par le VIH depuis la période périnatale, âgés de 12 à 19 ans, suivis au CHUYO ou CHUP-CDG, informés de leur statut sérologique. Le recrutement s'est fait lors des visites de suivi médical après avoir obtenu le consentement des adultes responsables et des adolescents.

### o Collecte des données

Un questionnaire anonyme leur a été administré. Les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarisation, statut matrimonial et régime matrimonial des responsables, statut d'orphelin), la perception de la maladie, et les comportements à risque (observance thérapeutique, consommation de substances addictives, activité sexuelle à risque, agressivité physique ou verbale) ont été collectés. Le questionnaire a été complété par les données cliniques (état général, infections ou affection récentes) et biologiques (état immunologique et virologique actuel) sur les dossiers médicaux.

Selon le taux de lymphocytes T CD4+, les adolescents ont été classés comme sévèrement immunodéprimés ( $CD4 < 350$  copies/mm<sup>3</sup>), modérément immunodéprimés ( $CD4$  compris entre 350-499/mm<sup>3</sup>) et absence d'immunodépression ( $CD4 > 500$ /mm<sup>3</sup>). Le seuil d'indétectabilité de la charge virale a été fixé à moins de 500 copies/ml. Les résultats du bilan biologique le plus récent datant de moins de six mois ont été collectés pour notre étude.

Deux types de comportements à risque ont été définis : la non observance (ayant déjà arrêté le traite-

ment antirétroviral) et les rapports sexuels à risque (premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, rapports sexuels non protégés ou multiples partenaires sexuels).

### o Analyse des données

Les variables quantitatives ont été décrites par les effectifs, les moyennes et les écart-types de la moyenne, et les groupes ont été comparés avec un test de Student. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs fréquences. Les groupes ont été comparés par le test de  $\chi^2$  de Pearson ou celui exact de Fisher lorsque celui-ci était plus approprié.

Afin d'identifier les facteurs associés aux comportements à risque, nous avons utilisé une régression logistique. Les facteurs associés en univariable au seuil de 25% ont été introduit dans un modèle multivariable. Le modèle final a été obtenu grâce à une stratégie descendante pas à pas. Le seuil de significativité de tous les tests a été fixé à 5%. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel Epi info (Version 7).

## RÉSULTATS

### Caractéristiques de la population

Le nombre d'enfants âgés de 9 - 19 ans infectés par le VIH et suivis dans les deux structures, au moment de l'enquête était de 260 ; Soixante (60) adolescents remplissant les critères d'inclusion ont participé à l'enquête dont 19 (32%) au CHUYO et 41 (68%) au CHUP-CDG. Le ratio homme/femme était de 0,76. L'âge moyen était de 16,4 ans; 60% avait un âge compris entre 15 et 17 ans. Les tableaux I et II illustrent les autres caractéristiques des 60 adolescents et leurs parents. La majorité des adolescents présentaient un bon état général. Le taux moyen de lymphocytes CD4 était de 549 cellules/ul (82 -1430), et 40% présentaient un déficit immunologique modéré ou sévère. La majorité (53%) avaient une charge virale indétectable et 18% étaient traités par un régime de deuxième ligne (Tableau II).

### Réaction à l'annonce du statut sérologique et Perception de la maladie

L'âge moyen à l'annonce du statut sérologique était de 13 ans. Le Tableau III résume les circonstances de découverte de la sérologie VIH et les réactions à l'annonce ainsi que la perception de la maladie. La peur était redoutée à cause des possibilités de stigmatisation, de moquerie, ou de jugement par l'entourage. Tous les adolescents déclaraient être tristes pour diverses raisons; perte d'un des parents, incertitude sur l'avenir, ou le fait d'être le seul contaminé dans la fratrie. La solitude était ressentie par sept adolescents.

**Tableau I.** Caractéristique sociodémographiques des 60 adolescents infectés par le VIH et de leurs parents suivis au CHUYO et au CHUCDG.

Caractéristiques	n(%)
Personne en charge	
Parents	46(77)
Tuteur	14(23)
Statut matrimonial des responsables	
Vivant en polygamie	18 (30)
Vivant en couple (marié, concubinage)	17(28)
Vivant seul (veuf, divorcé, célibataire)	25(42)
Niveau socioéconomique	
Moyen	38(63,3)
Bas	22(36,7)
Orphelin	
Non	20(33)
De père	17 (42)
De mère	15(37)
Des deux parents	8 (21)
Niveau scolaire des adolescents	
Primaire	6(10)
Secondaire	50(83)
Formation professionnelle	4(7)
Redoublement scolaire	
Oui	52 (87)
Non	8(13)
Raisons de redoublement	
Moyenne insuffisante	25(48)
Maladie ou hospitalisation	13(25)
Echec à l'examen	11(21)
Frais scolaire impayé	3(6)

**Tableau II.** Caractéristique cliniques, virologique et thérapeutiques des 60 adolescents infectés par le VIH suivis au CHUYO et au CHUCDG .

Caractéristiques	N(%)
Etat clinique (N=60)	
Bon	59 (98)
Mauvais	1 (2)
Taux de CD4 (N=57)	
Déficit sévère	10(18)
Déficit modéré	13(22)
Déficit absent	34(60)
Charge virale (n=51)	
DéTECTABLE	24 (47)
IndéTECTABLE	27(53)
Traitement ARV(N=60)	
1ère ligne	49(82)
2ème ligne	11 (18)

**Tableau III.** Annonce du statut sérologique et perception de la maladie des 60 adolescents infectés par le VIH suivis au CHUYO et au CHUCDG

Variables	Effectif
Age à l'annonce	
Avant 11 ans	16
Après 11 ans	44
<b>Circonstances de découverte du statut sérologique</b>	
Par le personnel soignant	26
Par un membre de la famille	25
En lisant les notices des médicaments	3
En surprenant une conversation de la mère avec une amie	2
A travers la sérologie des parents	3
A travers des conversations entre les malades lors des consultations	1
<b>Réactions à l'annonce</b>	
Tristesse	34
Peur	15
Indifférence	10
Soulagement	9
Colère	6
<b>Perception de la maladie</b>	
« Je ne me sens pas malade »	45
« Je me sens malade »	15
<b>Raisons pour lesquelles « je me sens malade »</b>	
Je suis obligé d'avaler des médicaments tous les jours	11
J'ai un virus dans le sang	2
Je dois venir régulièrement à des visites médicales	2

### Observance thérapeutique

La mauvaise observance, notée chez 46 (76,7%) adolescents, était caractérisée soit par des oublis du traitement dans 23 cas, soit par des arrêts volontaires chez 23 adolescents. Les raisons évoquées pour les arrêts thérapeutiques volontaires étaient : lassitude à prendre les ARV (12cas) ; ignorance du diagnostic (8 cas); voyage (1 cas), conflit avec les parents (1 cas), la présence d'un visiteur (1 cas).

Le tableau IV présente les facteurs associés à la mauvaise observance en analyse univariante et multivariante. Le sexe, l'agressivité verbale et ou physique et le niveau de la charge virale étaient les facteurs significativement associés à la non observance au traitement antirétroviral au seuil de 25%. Après une réduction manuelle pas à pas descendante, le modèle final retient deux facteurs associés à la non observance : l'agressivité verbale et ou physique et le niveau de la charge virale. Le risque d'être non observant était plus élevé chez les adolescents qui étaient agressifs physiquement et/ou verbalement (Rapport de cote ajusté (RCa) : 12,12 [1,35-108,55]) par rapport aux adolescents non agressifs ajusté sur

la charge virale; les enfants qui avaient une charge virale détectable étaient plus souvent non observants (RCa : 5,02 [1,23-20,41]) comparés aux adolescents qui avaient une charge virale indétectable ajusté sur l'agressivité.

**Tableau IV.** Facteurs associés au non observance chez 60 adolescents infectés par le VIH suivis au CHUYO et au CHUCDG. Régression logistique

Variables	Non observant		Analyse univariable		Analyse multivariable	
	Pourcentage	Pourcentage	RCa	p	RCa	p
<b>Age (ans)</b>				0,28		
< 17	13 (59,1)	17 (44,7)				
≥ 17	9 (40,9)	21 (55,3)	1,78 [0,61-5,16]			
<b>Age à l'annonce</b>				0,81		
< 12	8 (36,4)	15 (39,5)				
≥ 12	14 (63,6)	23 (60,5)	0,87 [0,29-2,59]			
<b>Sexe</b>				0,17		
Masculin	7 (31,8)	19 (50,0)				
Féminin	15 (68,2)	19 (50,0)	0,46 [0,15-1,40]			
<b>Orphelin</b>				0,70		
Non	8 (36,4)	12 (31,6)				
Oui	14 (63,4)	26 (68,4)	1,24 [0,41-3,74]			
<b>Lieu de résidence</b>				0,48		
Urbain	3 (13,6)	3 (7,9)				
Rural	19 (86,4)	35 (92,1)	1,84 [0,33-10,03]			
<b>Personne en charge</b>				0,47		
Parents	18 (81,8)	28 (73,7)				
Tuteur	4 (18,2)	26 (26,3)	1,60 [0,43-5,90]			
<b>Statut matrimoniale de personne en charge des soins</b>				0,38		
En couple	10 (45,4)	13 (34,2)				
Seule	12 (54,6)	25 (65,8)	1,60 [0,54-4,69]			
<b>Niveau économique</b>				0,60		
Bas	9 (40,9)	13 (34,2)				
Moyen	13 (59,1)	25 (65,8)	1,33 [0,45-3,92]			
<b>Comportements agressifs</b>				0,02		0,02
Non	20 (90,9)	23 (60,5)				
Oui	2 (9,1)	15 (39,5)	6,52 [1,32-32,04]		12,12 [1,35-108,55]	
<b>Consommation de tabac et/ou d'alcool</b>				0,04		
Non	21 (95,4)	27 (71,1)				
Oui	1 (4,5)	11 (28,9)	8,55 [1,02-71,63]			
<b>Charge virale</b>				0,02		0,02
Indétectable	13 (76,5)	14 (41,2)				
Détectable	4 (23,5)	20 (58,8)	4,64 [1,24-17,28]		5,02 [1,23-20,41]	

RC= rapport de côte, RCa=Rapport de côte ajusté

## Comportements sexuels

Onze (18,3%) adolescents ont déclaré avoir eu des rapports sexuels (Tableau V). L'entrée dans la sexualité a été précoce chez la moitié des adolescents qui avaient une activité sexuelle. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans [12-19 ans]. Aucun adolescent de ce groupe n'avait divulgué son statut sérologique à son partenaire et tous avaient redoublé au moins une fois.

En analyse univariable, la Consommation de tabac et/ou d'alcool (Rapport de cote (RC) : 7,85 [1,68-39,56], et le niveau de la charge virale (RC : 10,7 [1,20-94,95]) étaient les facteurs significativement associés aux comportements sexuels à risque (Tableau VI).

**Tableau V.** Caractéristiques des 11 adolescents suivis au CHUYO et au CHUCDG ayant eu des comportements sexuels à risque VIH.

Variables	Garçons	Filles	Total
<b>Age au 1er rapport sexuel</b>			
≤15ans	4	2	6
>15ans	2	3	5
<b>Nombre de partenaires sexuels</b>			
1 partenaire	2	3	5
> 1 partenaire	4	0	4
<b>Utilisation de préservatifs</b>			
Oui	5	3	8
Non	1	2	4

**Tableau VI.** Facteurs associés aux comportements sexuels à risque chez 60 adolescents infectés par le VIH suivis au CHUYO et au CHUCDG. Régression logistique

Variables	Comportements sexuels à risque		Analyse univariable	
	Non	Oui	Rapport de côtes	p
<b>Age (ans)</b>				0,28
< 17	27 (52,9)	3 (33,3)		
≥ 17	24 (47,1)	6 (66,7)	2,25 [0,50-9,98]	
<b>Age à l'annonce</b>				0,29
< 12	21 (41,2)	2 (22,2)		
≥ 12	30 (58,8)	7 (77,8)	2,45 [0,46-12,98]	
<b>Sexe</b>				0,94
Masculin	22 (43,1)	4 (44,4)		
Féminin	29 (56,9)	5 (55,6)	0,94 [0,22-3,94]	
<b>Orphelin</b>				0,44
Non	16 (31,4)	4 (44,4)		
Oui	35 (68,6)	5 (55,6)	0,57 [0,13-2,41]	
<b>Lieu de résidence</b>				0,90
Urbain	5 (9,80)	1 (11,1)		
Rural	46 (90,2)	8 (88,9)	0,86 [0,08-8,45]	
<b>Personne en charge</b>				0,36
Parents	38 (74,5)	8 (88,9)		
Tuteur	13 (25,5)	1 (11,1)	0,36 [0,04-3,20]	

Statut matrimoniale de personne en charge des soins				0,29
En couple	21 (41,2)	2 (22,2)		
Seule	30 (58,8)	7 (77,8)	2,45 [0,46-12,98]	
Niveau économique				0,33
Bas	20 (39,2)	2 (22,2)		
Moyen	31 (60,8)	7 (77,8)	2,25 [0,42-11,98]	
Comportements agressifs				
Non	36 (70,6)	7 (77,8)		
Oui	15 (29,4)	2 (22,2)	0,68 [0,12-3,69]	
Consommation de tabac et/ou d'alcool				<0,01
Non	44 (86,3)	4 (44,4)		
Oui	7 (13,7)	5 (55,6)	7,85 [1,68-39,56]	
Charge virale*				0,03
Indélectable	26 (60,5)	1 (12,5)		
Délectable	17 (39,5)	7 (87,5)	10,7 [1,20-94,95]	

\*9 données manquantes

## DISCUSSION

La souffrance psychologique est une réalité au sein des adolescents de nos deux structures d'où l'émergence de risques.

Nos résultats confirment que malgré leur statut VIH, les adolescents infectés s'engagent dans une activité sexuelle à risque [6–9]. Ces adolescents sont donc une source potentielle de transmission du VIH d'où la nécessité d'incorporer dans les visites médicales de routine les questions de sexualité et des messages de prévention efficaces. [5] L'impact d'un traitement antirétroviral efficace sur la diminution du risque de transmission sexuelle devrait être évoqué avec l'adolescent.

Nous avons trouvé que la mauvaise observance thérapeutique ainsi que la consommation des substances nocives étaient autant de facteurs associés aux comportements sexuels à risques. Cette observation a été également faite par d'autres auteurs [4,10–13]. Pour pallier ces insuffisances, certains dispositifs peuvent être mise en place comme la distribution systématique de préservatifs lors de consultations des adolescents. Ces dispositifs devraient être accompagnés de messages clés sur l'utilisation des préservatifs à tous les rapports sexuels afin de réduire la transmission du VIH et de maladies sexuellement transmissibles mais aussi les grossesses non désirées.

Concernant la consommation d'alcool et de tabac, les études évaluant le rôle de l'alcool sur la progression de la maladie VIH sont nombreuses [14,15]. L'alcool aurait des effets délétères sur le système immunitaire et l'état nutritionnel. Il y aurait également des interactions métaboliques entre l'alcool et les ARV [12,14]. La mise en place et l'évaluation de programmes spécifiques d'aide au sevrage tabagique doivent

devenir l'une des priorités de la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Grace à la trithérapie et au suivi de qualité, la majorité de nos adolescents évolue favorablement sur le plan clinique. Cependant l'inobservance thérapeutique est à l'origine de la persistance de la réplication virale chez beaucoup d'entre eux. L'inobservance thérapeutique est l'expression d'une souffrance psychologique mais aussi une prise de risque inhérente à cet âge. Pour Wiener [6], dans l'univers de non-dit qui entoure l'adolescent, ne pas prendre son traitement peut être le moyen dont il dispose pour s'exprimer, tant sur son infection que sur ses problématiques familiales. L'oubli, qui était la principale raison évoquée lors de la mauvaise observance, peut traduire l'envie d'oublier sa maladie. Le traitement rappelle constamment à l'adolescent, l'existence de la maladie, et surtout le fait de ne pas être comme tout le monde. [6]

Par ailleurs, presque un adolescent sur cinq (18 %) était passé à un traitement de 2ème ligne. Cette situation interpelle et constitue une source d'inquiétude quant à leur devenir dans la vie adulte. Les moyens alloués au renforcement de l'observance thérapeutique tels l'éducation thérapeutique, les groupes de parole, les visites à domicile et les systèmes de rappels de prise devraient être renforcés dans nos centres de prise en charge afin de réduire ces échecs virologiques sources de résistances thérapeutiques [16,17]. Les retards et les abandons scolaires étaient très fréquents et supérieurs à ceux décrits par d'autres auteurs ailleurs [18,19]. Ces difficultés scolaires sont dues soit aux épisodes fréquents de maladie, à la précarité ou à un manque de rigueur des responsables. Ainsi, les équipes soignantes devraient s'intéresser à l'évolution scolaire des patients lors des visites de routine, ceci en étroite collaboration avec les services sociaux et scolaires. Il est aussi nécessaire de faire comprendre aux responsables qu'en plus de la bataille que mènent les adolescents pour rester en vie, il faudrait qu'ils aient tous les atouts pour une bonne insertion sociale et professionnelle.

L'âge moyen à l'annonce du statut sérologique était élevé. La réticence des responsables à l'annonce, surtout les mères, est connue comme étant le principal obstacle à l'annonce [6]. Dans notre étude, l'annonce avait été parfois faite par la famille. Il faudrait s'assurer que les parents savent s'y prendre et gérer le vécu émotionnel lié à cette annonce. Ainsi, il est nécessaire que les responsables bénéficient d'un soutien devant leur permettre de comprendre et d'expliquer les résultats à leur enfant partant de là l'accompagner dans cette phase de post annonce. Notre étude présente quelques limites. Compte tenu de la taille de notre échantillon d'étude et du fait que nous avons inclus uniquement d'adolescents informés de leur statut VIH et suivis dans deux centres de prise en charge urbains, notre population d'étu-

de n'est sans doute pas représentative de tous les adolescents infectés par le VIH. L'entretien individuel «face à face» a pu avoir un effet intimidant sur les patients entraînant ainsi un biais d'information au sujet des problèmes d'observance et des comportements sexuels à risque. Malgré ces limites, notre étude qui est la première à s'intéresser aux adolescents infectés par le VIH dans notre contexte, nous a permis de décrire le vécu de ces enfants et identifier leur comportements à risque dans deux structures de référence du pays. Les études sur un échantillon plus important incluant les adolescents non informés de leur statut et provenant du milieu rural sont nécessaires afin d'identifier de façon plus précise les facteurs liés aux comportements à risque.

## CONCLUSION

La majorité de nos adolescents enquêtés n'adhéraient pas bien à leur traitement, vivaient repliés sur eux-mêmes et isolés dans leur secret. Sur le plan de la sexualité, une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire prenant en compte les impacts croisés entre le VIH et le processus de l'adolescence, autour de la question de l'avenir. Il ressort la nécessité d'entreprendre des études ultérieures sur un échantillon plus important sur les facteurs associés aux comportements à risque. Ceci permettra d'envisager des interventions spécifiques à l'endroit de ce groupe vulnérable.

## REFERENCES

1. WHO | Adolescent health [Internet]. WHO [cited 2015 Mar 6]; Available from: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
2. OMS | Les services de prise en charge de l'infection à VIH négligent les adolescents [Internet]. WHO [cited 2015 Mar 9]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hiv-adolescents-20131125/fr/>
3. Setse RW, Siberry GK, Gravitt PE, Moss WJ, Agwu AL, Wheeling JT, et al. Correlates of Sexual Activity and Sexually Transmitted Infections Among Human Immunodeficiency Virus-infected Youth in the LEGACY Cohort, United States, 2006: *Pediatr Infect Dis J* 2011;30(11):967–73.
4. Suris J-C, Michaud P-A, Akre C, Sawyer SM. Health Risk Behaviors in Adolescents With Chronic Conditions. *PEDIATRICS* 2008;122(5):e1113–8.
5. Tassiopoulos K, Moscicki A-B, Mellins C, Kacanek D, Malee K, Allison S, et al. Sexual Risk Behavior Among Youth With Perinatal HIV Infection in the United States: Predictors and Implications for Intervention Development. *Clin Infect Dis* 2013;56(2):283–90.
6. Wiener LS, Battles HB, Wood LV. A longitudinal study of adolescents with perinatally or transfusion acquired HIV infection: Sexual knowledge, risk reduction self-efficacy and sexual behavior. *AIDS Behav* 2007;11(3):471–8.
7. Elkington KS, Bauermeister JA, Santamaria EK, Dolezal C, Mellins CA. Substance Use and the Development of Sexual Risk Behaviors in Youth Perinatally Exposed to HIV. *J Pediatr Psychol* [Internet] 2014 [cited 2015 Mar 6]; Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jpepsy/jsu103>
8. Ezeanolue EE, Wodi AP, Patel R, Dieudonne A, Oleske JM. Sexual behaviors and procreational intentions of adolescents and young adults with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection: Experience of an urban tertiary center. *J Adolesc Health* 2006;38(6):719–25.
9. Koenig LJ, Pals SL, Chandwani S, Hodge K, Abramowitz S, Barnes W, et al. Sexual Transmission Risk Behavior of Adolescents With HIV Acquired Perinatally or Through Risky Behaviors: *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;55(3):380–90.
10. Alperen J, Brummel S, Tassiopoulos K, Mellins CA, Kacanek D, Smith R, et al. Prevalence of and Risk Factors for Substance Use Among Perinatally Human Immunodeficiency Virus–Infected and Perinatally Exposed but Uninfected Youth. *J Adolesc Health* 2014;54(3):341–9.
11. Elkington KS, Bauermeister JA, Santamaria EK, Dolezal C, Mellins CA. Substance Use and the Development of Sexual Risk Behaviors in Youth Perinatally Exposed to HIV. *J Pediatr Psychol* [Internet] 2014 [cited 2015 Mar 7]; Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jpepsy/jsu103>
12. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Red Wine, White Wine, Liquor, Beer, and Risk for Coronary Artery Disease Hospitalization. *Am J Cardiol* 1997;80(4):416–20.
13. Renaud TC, Bocour A, Tsega A, Sepkowitz KA, Udeagu C-CN, Shepard CW. Do Sexual Risk Behaviors Differ Between Heterosexual Youth Infected With HIV Perinatally Versus Sexually? *J Adolesc Health* 2013;53(2):222–7.
14. Duval X, Baron G, Garelik D, Villes V, Dupré T, Leport C, et al. Living with HIV, antiretroviral treatment experience and tobacco smoking: results from a multisite cross-sectional study. *Antivir Ther* 2008;13(3):389.
15. Hahn JA, Samet JH. Alcohol and HIV Disease Progression: Weighing the Evidence. *Curr HIV/AIDS Rep* 2010;7(4):226–33.
16. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Moore RD, Gallant JE. Association between Adherence to Antiretroviral Therapy and Human Immunodeficiency Virus Drug Resistance. *Clin Infect Dis* 2003;37(8):1112–8.
17. Marhefka SL, Koenig LJ, Allison S, Bachanas P, Bulterys M, Bettica L, et al. Family Experiences with Pediatric Antiretroviral Therapy: Responsibilities, Barriers, and Strategies for Remembering Medications. *AIDS Patient Care STDs* 2008;22(8):637–47.
18. Machado JKC, Sant'Anna MJC, Coates V, Almeida FJ, Berezin EN, Omar HA. Brazilian Adolescents Infected by HIV: Epidemiologic Characteristics and Adherence to Treatment. *Sci World J* 2009;9:1273–85.
19. Vanthournout B, Van Der Kelen E, Elate D, Goetghebuer T, Hainaut M, Levy J. Évaluation clinique de l'adhésion au traitement antirétroviral chez des adolescents infectés par le VIH depuis la petite enfance. *Arch Pédiatrie* 2013;20(4):348–55.