

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE, LES  
EPIDEMIES ET LES PANDEMIES

SOUS-DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA  
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET  
LA TUBERCULOSE



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF DISEASE, EPIDEMICS AND  
PANDEMICS CONTROL

SUB-DEPARTEMENT FOR THE FIGHT AGAINST  
HIV/AIDS, SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND  
TUBERCULOSIS

# GUIDE DE TRANSITION DES ADOLESCENTS VIVANT AVEC LE VIH DES SERVICES PEDIATRIQUES VERS LES SERVICES ADULTES AU CAMEROUN



Première Edition

2024

PETVISIDAME   
Pour une Famille sans VIH/Sida

unicef 

# TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS .....	III
REMERCIEMENTS .....	IV
EQUIPE DE REDACTION.....	V
Liste des sigles et acronymes.....	VI
Liste des tableaux et figures .....	VII
DEFINITION DES CONCEPTS CLES .....	VIII

## CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
1.2 BUT .....	2
1.3 OBJECTIF GENERAL .....	2
1.4 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	2

## CHAPITRE 2 : L'ADOLESCENCE

2.1. DEFINITION .....	3
2.2. ETAPES DE CHANGEMENT DURANT LA PHASE D'ADOLESCENCE.....	3
2.3. CLASSIFICATION DE TANNER .....	3
2.4. DIFFERENCE ENTRE ADOLESCENTS ET ADULTES .....	4
2.5. CARACTERISTIQUES DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE/ADOLESCENT VIH+ ET CEUX DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH .....	5

## CHAPITRE 3 : TRANSITION DES ADOLESCENTS VIVANT AVEC LE VIH DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE VERS CEUX DE PRISE EN CHARGE DES ADULTES

3.1. MODELES D'OFFRE DE SERVICES AU CAMEROUN.....	8
3.2. MODELES DE TRANSITION .....	8
3.2. ÉTAPES DE LA TRANSITION DES SOINS DES SERVICES PEDIATRIQUES VERS LES SERVICES POUR ADULTES .....	9
3.2.1. LA PHASE DE PREPARATION (ENROLEMENT + PRE-TRANSITION) .....	9
3.3. ENJEUX DE LA TRANSITION .....	16

## CHAPITRE 4 : GOUVERNANCE

4.1. GOUVERNANCE DES ACTIVITES DE TRANSITION .....	20
4.2. INDICATEURS CLES DE SUIVI .....	21
4.3. OUTILS DE SUIVI .....	21
4.4. CADRE DE SUIVI .....	22
4.5. EVALUATION DES ACTIVITES LIEES A LA TRANSITION .....	23

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	24
-----------------------------------	----



# AVANT-PROPOS



L'élaboration du présent guide est motivée par la nécessité de garantir une continuité des soins lors du passage des services de prise en charge pédiatriques vers les services adultes. Il s'appuie sur le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2024-2030 avec pour but ultime de maintenir les adolescents et jeunes dans le continuum des soins au lendemain de leur transition. Il importe donc de structurer ce processus afin de renforcer la rétention et réduire les risques d'interruption dans le suivi médical.

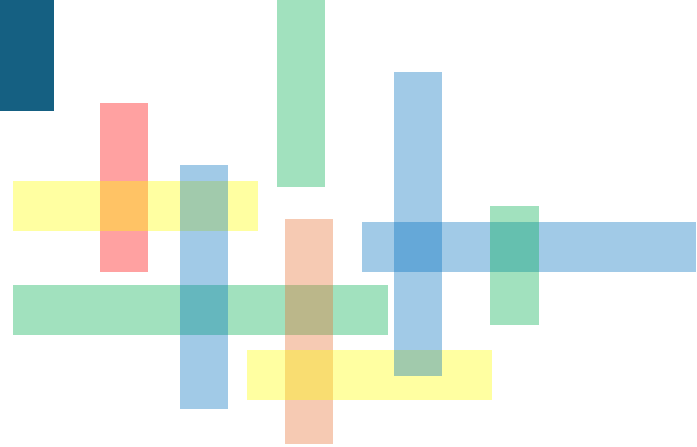
La cible inclut les décideurs, les prestataires des services de prise en charge du VIH/Sida, les accompagnateurs psychosociaux, les adolescents et leurs familles, ainsi que les acteurs communautaires de la réponse.

La méthodologie a reposé sur la revue documentaire, les avis d'experts de prise en charge pédiatrique et adulte et des retours d'expériences des adolescents vivant avec le VIH.

Ce guide présente les différents modèles, les étapes clés, les obstacles et les aspects de suivi évaluations. Il servira de boussole à tous les acteurs ciblés. Nous invitons toutes les parties prenantes à se l'approprier puis à travailler de manière concertée afin de garantir une transition optimale et facile des adolescent(e)s vivant avec le VIH des services de prise en charge pédiatrique vers les services de prise en charge des adultes.



# REMERCIEMENTS



**J**e tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce guide, en particulier les Directions Techniques et Programmes rattachés, les Experts nationaux, les Partenaires techniques et financiers ainsi que les Organisations de la Société Civile et les Organisations à Base Communautaires. Une mention spéciale est adressée aux professionnels de la santé, aux éducateurs, aux accompagnateurs psychosociaux, ainsi qu'aux adolescents eux-mêmes. Leur engagement indéfectible a permis de créer un document qui répond aux défis actuels de la transition des adolescents des services de prise en charge pédiatrique vers les services de prise en charge des adultes.

Ce guide n'aurait pas vu le jour sans la précieuse expertise partagée par chacun des acteurs impliqués. L'effort collectif, marqué par une volonté commune de faire progresser la qualité des soins dans le contexte de la Couverture Santé Universelle, est une véritable illustration de ce que peut accomplir une collaboration interdisciplinaire.

Je tiens à remercier particulièrement la Banque Islamique de Développement à travers la mise en œuvre du PETVISIDAME pour l'appui technique et financier dans l'élaboration dudit guide.

*Dr Manaouda Malachie*

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**



# EQUIPE DE REDACTION

## Coordination générale

Dr MANAOUA Malachie **Ministre de la Santé Publique**

## Supervision Générale

Pr NJOCK Louis Richard **Secrétaire Général**

## Supervision Technique

Dr ETOUNDI MBALLA Alain **Directeur de la Lutte Contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies**  
Georges

Dr EBONGUE Zacheus NANJE **Directeur de la Santé Familiale**

## Coordination Technique

Pr BILONG Serge Clotaire **Sous-Directeur de la Lutte contre le VIH/SIDA les Infections Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose**

Dr TJEK BIYIGA Paul Theodore **Sous-Directeur de la Santé de la Reproduction**

## Secrétariat Technique

Dr FOKAM Joseph **Secrétaire Permanent du GTC-CNLS**

Dr ZEH MEKA Franck Albert **Secrétaire Permanent du GTC-CNLS**

Dr KETCHAJI Alice **Chef Service de Prise en Charge des cas VIH**

## Equipe de rédaction

Mme WEGANG Georgette	DLMEP	Pr KAMGAING Nelly	CHUY
Dr MADJO Léopoldine	DLMEP	Dr MOYO Suzie	CHE/CNPS
Dr KEUBOU Lionel	DLMEP	Dr NOUKAYO Félicité	HDCV
Dr KWAMBE Mitterrand	DLMEP	Dr HOPP Emmanuelle	CME/FCB
Dr AKAME Glwadys	DLMEP	Dr TSAPI Armand	HR Bafoussam
Mme MEYE Trésor	DLMEP	Pr PENDA Ida	HGD
Mme CHINGWA SHIRI Annette	DLMEP	Dr TENE Gilbert	CBCHB
Mme EWI Pamela	DLMEP	M FOUA A. Alain	RECAJ+
Mme KOUNOU Cécile	DLMEP	M Ibrahim M KONTCHA	CN CEPS-BID
Mme MVODO Sabine	DLMEP	M BAHYA Christian	CT CEPS-BID
Mme MBIADA Lucrèce	DLMEP	Dr NELLY MONKAM	CEPS-BID
Mme BIYIE Rose	DLMEP	Dr NOKOUNI Marcelin	CEPS-BID
Mme GUEMDJO Adeline	DSF	M LELE Hernandez	CEPS-BID
Dr OMGBA Pierrette	Expert CNLS	M AYUK N. James	UNICEF
Dr ESSAMBA Suzanne	CNLS	Dr KEGOUNG Basile	UNICEF
M. KEDI Parfait	CNLS	Mme MAKOUTCHA O.	ATFAS+
Dr MOSSIANG Lionella	CNLS	M BAHA Bruno	PCA APEV
Dr LANTCHE WANDJI Martial	GTR Sida CE	Dr TCHANOU WAMY Cynthia	GU
		Dr TCHATCHOUA Gilbert	OMS



# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Agréé
<b>CTD</b>	Collectivité Territoriale Décentralisée
<b>DHIS2</b>	District Health Information System
<b>DIC</b>	Drop In Center
<b>DRSP</b>	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>DS</b>	District de Santé
<b>ETP</b>	Education Thérapeutique du patient
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PC</b>	Population Clé
<b>PI</b>	Partenaire d'Implémentation
<b>PSD</b>	Prestation des Services Différenciés
<b>PECPA</b>	Prise En Charge Pédiatrique et des Adolescents
<b>PDV</b>	Perdu De Vue
<b>PTV</b>	Prévention de la Transmission Verticale du VIH
<b>RMA</b>	Rapport Mensuel d'Activités
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UPEC</b>	Unité de Prise En Charge du VIH
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : PRINCIPAUX CHANGEMENTS PHYSIQUES OBSERVÉS CHEZ LES FILLES ET GARÇONS AU MOMENT DE L'ADOLESCENCE .....	3
TABLEAU II : PRINCIPAUX CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES OBSERVÉS CHEZ LES FILLES ET GARÇONS AU MOMENT DE L'ADOLESCENCE .....	2
TABLEAU III : PRINCIPAUX CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES OBSERVÉS CHEZ LES FILLES ET GARÇONS AU MOMENT DE L'ADOLESCENCE .....	2
TABLEAU IV : TABLEAU COMPARATIF DE L'ADOLESCENT ET L'ADULTE.....	4
TABLEAU V : DIFFÉRENCE ENTRE LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE/ADOLESCENT ET CEUX DES ADULTES VIVANTS AVEC LE VIH .....	5
TABLEAU VI : CHECKLIST POUR ÉVALUER L'APTITUDE AU TRANSFERT DE L'ADOLESCENT EN SERVICE ADULTE .....	12
TABLEAU VII : CHECKLIST POUR ÉVALUER LA TRANSITION PROPREMENT DITE .....	13
TABLEAU VIII : CHECKLIST POUR ÉVALUER L'ENGAGEMENT .....	14
TABLEAU IX : RECAPITULATIF DES POINTS A ABORDER DURANT LE PROCESSUS DE TRANSITION SUIVANT LE CALENDRIER DES VISITES (M = MOIS) .....	14
TABLEAU X : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE PROCESSUS DE TRANSITION.....	17
TABLEAU XI : PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI DU PROCESSUS DE TRANSITION .....	22

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : DEVELOPPEMENT MAMMAIRE CHEZ LES FILLES.....	3
FIGURE 2 : DEVELOPPEMENT DE LA PILOSITE CHEZ LES FILLES .....	3
FIGURE 3 : DEVELOPPEMENT DES ORGANES GENITAUX CHEZ LES GARÇONS .....	4

# DEFINITION DES CONCEPTS CLES

CONCEPTS	DEFINITIONS
Adolescence	L'Adolescence se définit comme la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé (OMS,2022). Selon la Loi n° 2011/011 du 6 mai 2011 relative à la protection de l'enfant, l'adolescence correspond à cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée par le développement physique, émotionnel et psychologique.
Adolescent(e)	Un adolescent est une personne se situant entre l'enfance et l'âge adulte. L'OMS place l'adolescence entre 10 et 19 ans, mais les définitions peuvent varier en fonction de l'environnement socioculturel. La Loi n° 2011/011 du 6 mai 2011 relative à la protection de l'enfant, considère toute personne entre 12 et 18 ans est considérée comme un adolescent.
Adulte	Il s'agit des individus âgés de 18 ans et plus, qui ont atteint la maturité physique et légale. Cette étape de la vie est souvent associée à l'autonomie, à la responsabilité et à la participation active dans la société (ONUSIDA). Selon la Loi n° 2011/011 du 6 mai 2011 relative à la protection de l'enfant, un adulte au Cameroun est une personne âgée de 18 ans ou plus, avec pleine capacité juridique et responsabilités légales.
Autonomisation	C'est le processus par lequel un patient est amené à renforcer sa capacité de décision et d'action en vue d'acquérir une meilleure autonomie dans la gestion de sa santé. Processus par lequel les individus, en particulier un Adolescent vivant avec le VIH et les communautés affectées, acquièrent les moyens de prendre des décisions éclairées sur leur santé, de gérer leur traitement, et de participer activement aux efforts de prévention, de sensibilisation et de plaidoyer (PSN VIH/SIDA).
Enfant	Il s'agit des individus âgés de la naissance jusqu'à 12 ans révolus. Cette période est caractérisée par un développement physique, émotionnel et cognitif rapide. Selon la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, un enfant est toute personne âgée de moins de 18 ans ( <b>Unicef</b> 1989). Au Cameroun, d'après la Loi n° 2011/011 du 6 mai 2011 relative à la protection de l'enfant, un enfant est défini comme toute personne âgée de moins de 18 ans.

CONCEPTS	DEFINITIONS
<p><b>Jeune</b></p>	<p>Selon la Politique Nationale de la Jeunesse du Cameroun, un "jeune" est défini comme une personne âgée de 15 à 35 ans. Cette définition est utilisée pour inclure une large tranche d'âge de la population, englobant les adolescents et les jeunes adultes, afin de prendre en compte leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'emploi, de santé et de participation</p>
<p><b>Transition</b></p>	<p>La transition est un processus <b>intentionnel, progressif et coordonné</b> visant le passage du patient adolescent VIH+ d'un service de soins pédiatriques vers un service de soins pour adultes. La transition est une étape clé dans le parcours de soins des jeunes patients, elle s'accompagne souvent de beaucoup de questions et d'inquiétudes de la part des adolescents et de leurs parents (OMS). Processus par lequel les adolescents vivant avec le VIH passent des services de soins pédiatriques aux services de soins pour adultes. Cette transition se préoccupe de la continuité et de l'adaptation des soins, ainsi que du soutien nécessaire pour assurer une gestion efficace et la continuité du traitement à l'âge adulte (PSN VIH/SIDA).</p>



# CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

## 1.1 Contexte et justification

L'adolescence est une étape cruciale de la vie marquée par des changements biologiques, psychologiques et sociales (Sawyer et al., 2018).

Ces changements influencent de manière significative la santé des adolescents, en particulier ceux vivant avec des maladies chroniques comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine (Idele et al., 2014). La transition des adolescents vivant avec le VIH des services de prise en charge pédiatrique vers ceux de prise en charge des adultes est un processus complexe qui nécessite une préparation minutieuse afin d'assurer la continuité et la qualité des soins (Davies et al., 2015). Selon les cibles prioritaires de 2024, le Cameroun compte environ 1,8 million d'adolescents de 10 à 14 ans et 1,6 million de 15 à 19 ans (Cellule des Informations Sanitaires, Ministère de la Santé publique, 2024).

Au cours des deux dernières décennies, la prévalence du VIH chez les adolescents de 15-19 ans est passée de 1,4 à 0,8% (EDS 2004, 2018). Selon l'enquête Cameroon Population-based HIV Impact Assessment (CAMPHIA) de 2017-2018, cette prévalence varie de 0,1% chez les 10-14 ans (0,3% garçon et 0% fille) à 0,7% chez les 15-19 ans (0,2% garçon et 1,2% fille). Suivant la cascade des

trois « 95 » du rapport du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS) de 2023, 57,2% (5 576 / 9 746) des adolescents de 10 à 14 ans ont été dépistés VIH positifs, 90,8% (5063/5576) ont été mis sous Traitement Antirétroviral (TARV), mais seulement 56,5% (2 861 / 5 063) avaient une Charge Virale (CV) supprimée (CV < 1 000 copies/ml). Par contre, chez les 15-19 ans, 52,4% (9 456/18 039) ont été dépistés VIH positifs, 82,3% (7 782/9 459) ont été mis sous TARV. et 80,0% (3 084/3 857) avaient une CV supprimée. En outre, les taux de rétention aux soins à 12 mois (2022) et à 24 mois (2023) chez les adolescents sont restés presque stables, soit 83% et 84% respectivement. Dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne, le processus de transition des adolescents des services pédiatriques vers ceux des adultes reste non standardisé (Le Roux et al., 2017).

Au Cameroun, malgré les stratégies mises en place par le gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, la transition reste un défi majeur. En effet, il n'existe pas de cadre normatif spécifique à la transition des adolescents vivant avec le VIH et la coordination entre les services pédiatriques et adultes est limitée (OMS, 2015). Par ailleurs, ces adolescents font face à plusieurs défis notamment la stigmatisation sociale, l'absence de préparation



adéquate à la transition, la perte de suivi lors du passage aux services adultes, le manque de soutien psychosocial et de suivi personnalisé. Ces lacunes peuvent entraîner des ruptures dans la prise en charge, augmentant ainsi les risques de perte de suivi, de mauvaise adhérence au traitement et de rebond viral (Kallon et al., 2020), de même que l'augmentation de risques d'infection avancée au VIH et de décès.

Dans ce contexte, il était nécessaire d'harmoniser les pratiques et d'améliorer les résultats de santé chez les adolescents vivant avec le VIH (Zanoni et al., 2017). Ce guide s'inscrit dans le champ de la santé publique et propose une approche qui implique les prestataires de soins, les adolescents et leurs familles, les agents communautaires ainsi que les décideurs. Il met en avant la nécessité de renforcer les capacités des prestataires de soins, de favoriser la collaboration entre les parties prenantes et d'assurer une coordination efficace pour garantir une transition réussie vers les services pour adultes.

## 1.2 But

Le but du présent guide est de contribuer à l'amélioration de la rétention des adolescents VIH+ dans le continuum de soin au Cameroun.

## 1.3 Objectif général

L'objectif général est d'améliorer l'offre des soins et services liés à la transition des adolescents VIH+ des services de pédiatrie vers les services des adultes dans toutes les formations sanitaires de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Cameroun.

## 1.4 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Décrire les modèles et les étapes de la transition des adolescents VIH+ des services de prise en charge pédiatrique vers les services adultes ;
- Mettre en place un système pour l'optimisation de la transition des adolescents VIH+ des services de prise en charge pédiatrique vers les services adultes au Cameroun ;
- Définir le système de suivi-évaluation des performances des activités de la transition des adolescents VIH+ des services de prise en charge pédiatrique vers les services des adultes ;
- Définir le processus de coordination des activités de transition des adolescents VIH+ des services de pédiatrie vers les services des adultes.

# CHAPITRE 2 : L'ADOLESCENCE

## 2.1. Définition

L'adolescence se définit comme la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans (OMS, 2022). En d'autres termes, elle est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé. C'est aussi une période où on développe les connaissances et les compétences, la gestion des émotions/relations, acquiert des attributs et des capacités qui seront importants pour profiter des années d'adolescence et assumer les rôles d'adulte.

Selon la charte africaine des droits de l'Homme, la grande majorité des adolescents sont inclus dans la définition de « l'enfant » adoptée par la convention relative aux droits des enfants, en tant que personne âgée de moins de 18 ans.

## 2.2. Etapes de changement durant la phase d'adolescence

L'adolescence se caractérise par une croissance et un développement rapide. Les changements durant cette période sont d'ordre physique, social, physiologique, psychologique et cognitif.

### 2.2.1. Sur le plan physique

**Tableau I :** Principaux changements physiques observés chez les filles et garçons au moment de l'adolescence

Chez les filles	Chez les garçons
Augmentation de la taille, des seins et des mamelons	Augmentation de la taille, du pénis et des testicules
Elargissement des hanches	Développement du scrotum
Apparition des poils au niveau des aisselles	Apparition de la barbe
Affinement de la voix	Aggravation de la voix
Pilosité pubienne	Pilosité pubienne
Développement de la graisse au niveau des cuisses et des fesses	Développement musculaire généralisé

**Source :** Manuel de formation des prestataires en santé de reproduction des adolescents, Cameroun, 2023

### 2.2.2. Sur le plan physiologique

**Tableau II :** Principaux changements physiologiques observés chez les filles et garçons au moment de l'adolescence

Chez les filles	Chez les garçons
Production des hormones (œstrogène et progestérone)	Production des hormones (testostérone)
Apparition des menstruations (règles)	Production du liquide spermatique par la vésicule séminale et la prostate
Production des ovules par les ovaires	Production des spermatozoïdes par les testicules

**Source :** Manuel de formation des prestataires en santé de reproduction des adolescents, Cameroun, 2023

### 2.2.3. Sur le plan psychologique

**Tableau III :** Principaux changements psychologiques observés chez les filles et garçons au moment de l'adolescence

Chez les Filles	Chez les Garçons
Regard sur sa personnalité	Affirmation de soi
Timidité due aux changements physiques	Besoin accru du repos
Tendance/accroissement du désordre et désobéissance	Besoin accru du sommeil
Plus grande attention / intérêt pour le sexe opposé	Besoin accru de nourriture
Accroissement / attirance de l'appétit sexuel	Colère facile
Frustrations facilement éprouvées	Peur du monde des adultes
Attraction/Timidité/Rejet du sexe opposé	Attirance du sexe opposé

**Source :** Manuel de formation des prestataires en santé de reproduction des adolescents, Cameroun, 2023

### 2.2.4. Sur le plan socio-économique

- L'acquisition par l'esprit des facultés de conceptualisation ;
- L'élargissement des relations sociales de la famille vers les pairs et les autres adultes qui commencent à jouer un rôle important dans la vie de l'adolescent(e) ;
- La différenciation des relations et construction d'un univers social propre ;
- Le corps devient un objet privilégié d'attention et de préoccupations en termes de puissance, de normalité de son développement et son attrait ;
- La dépendance financière vis-à-vis des parents ;
- La dépendance parentale dans la prise des décisions.

### 2.2.5. Sur le plan cognitif

Le développement cognitif de l'adolescent est essentiellement lié à **ses facultés d'attention, de mémoire, de créativité, de logique et de sociabilité.**

### 2.3. Classification de TANNER

La classification de Tanner est un outil qui permet d'évaluer les différents stades de développement de la puberté. Le processus de puberté conduit à la maturité sexuelle.

#### 2.3.1. Développement mammaire chez les filles

Stade de développement	Caractéristiques	Représentation visuelle
Stade 1	Pas de développement mammaire, avec aréole plat	
Stade 2	Apparition de bubon mammaire avec élargissement de l'aréole	
Stade 3	Glande mammaire plus marquée et dépassant les limites de l'aréole	
Stade 4	Glande mammaire encore plus marquée avec surélévation de l'aréole et du mamelon par rapport au reste de la glande	
Stade 5	Glande mammaire de type adulte avec le mamelon faisant saillie au dessus de l'aréole	

Figure 1 : Développement mammaire chez les filles

Source : Marshall WA et al. (1969)

#### 2.3.2. Développement de la pilosité chez les filles

Stade de développement	Caractéristiques	Représentation visuelle
Stade 1	Aucune pilosité	
Stade 2	Duvet à la base des grandes lèvres	
Stade 3	Pilosité en boucles modérée recouvrant partiellement la région pubienne	
Stade 4	Pilosité pubienne de type adulte mais ne débordant pas sur la face interne des cuisses	
Stade 5	Pilosité pubienne de type adulte débordant sur la face interne des cuisses	

Figure 2 : Développement de la pilosité chez les filles

Source : Marshall WA et al. (1969)

### 2.3.3. Développement des organes génitaux chez les garçons






Stade de développement	Caractéristiques	Représentation visuelle
Stade 1	Les testicules sont de petite taille et le pénis de type infantile	
Stade 2	Les testicules apparaissent rougeâtres plus minces et prennent un peu de volume (1.6–6.0 cc) avec un pénis de type infantile	
Stade 3	Les testicules sont un peu plus volumineux (6–12 cc), il y a une augmentation de volume du scrotum et augmentation de la taille du pénis	
Stade 4	Les testicules sont plus volumineux (12–20 cc), le scrotum devient plus pigmenté et le pénis augmente en taille et en volume	
Stade 5	Les testicules sont volumineux et le scrotum et pénis de type adulte	

Figure 3 : Développement des organes génitaux chez les garçons

Source : Marshall WA et al. (1969)

#### ❖ Développement des organes génitaux Chez les garçons

**Stade 1** : Préadolescence. La taille des testicules, du scrotum et du pénis est pré pubère.

**Stade 2** : Le volume des testicules et du scrotum augmente et la peau du scrotum se modifie: elle rougit et change de texture. La taille du pénis ne se modifie pas ou très peu.

**Stade 3** : La taille du pénis augmente, surtout en longueur. Le scrotum et les testicules prennent du volume.

**Stade 4** : Le volume des testicules et du scrotum continue d'augmenter, et la peau du scrotum se pigmente. Le pénis s'allonge et s'élargit, et le gland se développe.

**Stade 5** : Les organes génitaux (le scrotum, le pénis et les testicules) atteignent leur taille et leur forme adulte.

### 2.4. DIFFERENCE ENTRE ADOLESCENTS ET ADULTES

En général, il n'y a pas d'adolescent et d'adulte type, juste des personnes très différentes.

Tableau IV : Tableau comparatif de l'adolescent et l'adulte

ELEMENTS DE DIFFERENCE	ADOLESCENTS	ADULTES
Âge biologique	Période comprise entre 10- 19 ans	Dès 20 ans

ELEMENTS DE DIFFERENCE	ADOLESCENTS	ADULTES
<b>Plan physiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pousée de croissance entraînant des changements significatifs de poids et de taille</li> <li>• Maturation osseuse incomplète ;</li> <li>• Augmentation de la production hormonale ;</li> <li>• Métabolisme élevé ;</li> <li>• Fréquence cardiaque au repos plus élevée ;</li> <li>• Immaturité de la structure musculaire ;</li> <li>• Développement cérébral incomplet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt ou stabilisation de la croissance et du poids ;</li> <li>• Pleine maturité osseuse ;</li> <li>• Stabilisation des niveaux hormonaux ;</li> <li>• Métabolisme stabilisé ;</li> <li>• Fréquence cardiaque au repos basse et augmentation de la pression artérielle ;</li> <li>• Structure musculaire achevée ;</li> <li>• Maturité cérébrale complète</li> </ul>
<b>Plan psychoaffectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affirmation personnelle,</li> <li>• Recherche d'une originalité,</li> <li>• Représentation de soi</li> <li>• Deuil des objets parentaux et recherche d'autres objets d'amour</li> <li>• Besoin de singularité</li> <li>• Restructuration de la personnalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété et tendance dépressive</li> <li>• Situation de stress permanente</li> <li>• Ouverture aux relations intimes</li> <li>• Besoin de s'établir</li> <li>• Empathie</li> <li>• Besoin d'assurer sa subsistance et son indépendance</li> </ul>
<b>Plan cognitif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instabilité émotionnelle ;</li> <li>-Recherche d'identité ;</li> <li>-Forte importance des pairs dans le parcours de vie (dépendance affective) ;</li> <li>-Forte Impulsivité ;</li> <li>-Gestion difficile du stress et de l'anxiété ;</li> <li>-Difficultés de projection dans l'avenir (perception immédiate du temps) ;</li> <li>-Développement empathique incomplet ;</li> <li>-Gestion émotionnelle des conflits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Stabilité émotionnelle ;</li> <li>-Identité stable et définie ;</li> <li>-Prise de décision plus réfléchis ;</li> <li>-Adaptation plus facile au stress ;</li> <li>-Bonne compréhension des émotions des autres ;</li> <li>-Utilisation des stratégies pour la résolution des conflits.</li> </ul>
<b>Plan économique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dépendance économique et revenus limités ;</li> <li>-Gestion inexpérimentée des finances ;</li> <li>-Forte inclinaison aux achats compulsifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indépendance économique ;</li> <li>-Bonne gestion des finances.</li> </ul>

**Source** : Manuel de formation des prestataires en santé de reproduction des adolescents, Cameroun, 2023

## 2.5. CARACTERISTIQUES DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE/ADOLESCENT VIH+ ET CEUX DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH

**Tableau V** : Différence entre les services de prise en charge pédiatrique/adolescent et ceux des adultes vivants avec le VIH

Caractéristiques du service de prise en charge pédiatrique et adolescent VIH+	Caractéristiques du service de prise en charge des adultes VIH+
Le cadre physique de la prise en charge est en général adapté aux besoins des adolescents	Le cadre de prise en charge des adultes est moins convivial à la prise en charge des adolescents
L'offre des services se préoccupe du stade de développement physique, social et émotionnel de l'adolescent	L'offre de service est standard
L'adolescent dépend en général de ses parents/tuteurs pour le bon suivi de son traitement et de ses soins	L'adulte est seul responsable de son traitement et décide ou non de partager son statut avec un tiers
L'annonce du statut sérologique est progressive	L'annonce du statut se fait le même jour généralement
Le canal principal d'information est l'utilisation des réseaux sociaux ;	Le canal principal d'information est l'utilisation des sources d'information traditionnelles ;
Les services de prise en charge des adolescents sont conviviaux	Les services de prise en charge des adultes est standard
La dispensation des ARV chez les adolescents se fait dans la majorité des cas dans les formations sanitaires	La dispensation des ARV chez les adultes se fait dans les formations sanitaires, les OBC et les officines de pharmacie
L'approche pédagogique et les outils adaptés sont utilisés pour les séances d'éducation thérapeutique.	Il existe des groupes de parole
Le concept d'adolescents champion, les pairs éducateurs sont pris en compte	Les concepts de mères mentors et les clients experts sont pris en compte
L'offre de soins et service est centrée sur l'adolescent et sa famille	La sensibilisation pour la bonne observance est faite directement sans intermédiaire
L'ajustement des doses des médicaments se fait en fonction du poids et/ou de l'âge	La posologie des ARV en général est en principe standard

# CHAPITRE 3 : TRANSITION DES ADOLESCENTS VIVANT AVEC LE VIH DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE VERS CEUX DE PRISE EN CHARGE DES ADULTES

**D**e façon général, la transition est un cheminement **individualisé**, progressif, **pluridisciplinaire** et **anticipé** qui a pour objectif de répondre aux besoins médicaux, psychosociaux et psychoéducatifs de l'adolescent atteint d'une maladie chronique, et évoluant vers l'âge adulte. Dans le cadre de l'infection à VIH, elle est un processus intentionnel, progressif et coordonné visant le passage du patient adolescent vivant avec le VIH d'un service de soins pédiatriques vers un service de soins pour adultes. C'est une étape clé dans le parcours de soins des jeunes patients qui s'accompagne souvent de beaucoup de questions et d'inquiétudes de la part des adolescents et de leurs parents. Elle peut parfois être compliquée à vivre, notamment au travers de l'ambivalence entre le désir de prise d'autonomie de

l'adolescent et son lien de dépendance (parents, soignants) dû à la maladie.

La transition étant un processus complexe, elle doit débuter tôt au moment de l'adolescence (à l'âge de 15 ans), et se poursuivre au-delà du transfert du patient dans le service de prise en charge des adultes. Ce processus de transition doit aussi être guidé par la maturité et le niveau de développement intellectuel, cognitif et affectif de chaque adolescent et doit s'adapter aux ressources humaines et matérielles disponibles. La sortie de l'adolescent des services pédiatriques vers les services de prise en charge adultes peut être difficile car il subsiste un risque d'interrompre le suivi médical ; d'où la nécessité d'une préparation et d'un accompagnement spécifique.

### 3.1. Modèles d'offre de services au Cameroun

Les modèles d'offre de services de prise en charge des adolescents sont dépendant des types de FOSA, la localisation géographique tant du patient que de la structure d'accueil, le type de client et les ressources disponibles. Il existe des structures avec différentes offres des services à savoir :

- Des sites de PEC du VIH avec des services pédiatriques distincts de ceux des adultes ;
- Des sites de PEC du VIH avec des services pédiatriques et adultes au même endroit ;
- Des sites de PEC du VIH avec offre de service purement pédiatrique ;
- Des sites de PEC du VIH avec offre de service purement adulte ;
- Des OBC/OSC en communauté.

### 3.2. Modèles de transition

Plusieurs modèles de transition sont décrits et leurs applications doivent tenir compte des contextes de l'offre des soins et services. Les plus courants sont : la transition intra-hospitalière, inter hospitalière et extrahospitalier.

#### 3.2.1. Transition intra-hospitalière

La transition intra hospitalière est un processus d'accompagnement d'un(e) adolescent(e) du service pédiatrique vers le service adulte de la même formation sanitaire. Il peut s'agir :

- De l'accompagnement d'un(e) adolescent(e) d'un site de PEC du VIH avec une clinique pédiatrique distincte de celle des adultes. Dans ce cas le personnel de l'unité de PECPA entre en contact avec le personnel de l'unité de PEC adulte où l'enfant sera orienté pour une prise de contact avec l'adolescent(e) pour permettre à celui-ci de se familiariser avec le personnel du service adulte.
- De l'accompagnement d'un(e) adolescent(e) d'un service pédiatrique vers un service adulte jumelés. L'adolescent(e) fera juste un changement d'équipe de suivi dans son environnement habituel.

#### 3.1.2. Transition inter -hospitalière

La transition inter-hospitalière est le passage ou transfert de l'adolescent(e) des services PECPA d'une FOSA vers les services de prise en charge adulte d'une FOSA autre que celle initiale.

Il peut s'agir :

- De l'accompagnement d'un(e) adolescent(e) d'un site de PEC du VIH offrant des soins uniquement aux enfants et aux adolescent(e)s vers un site offrant des services aux adultes (hand over). La transition se faisant dans 2 formations sanitaires différentes, l'équipe du site de PECPA doit fournir un effort supplémentaire en créant une relation étroite avec l'équipe du site de PEC Adulte pour permettre à l'adolescent(e) de se sentir bien entouré(e).



- De l'accompagnement d'un(e) adolescent(e) d'un site de PEC du VIH vers un autre site de PEC du VIH. Ceci peut se produire dans le cadre d'un transfert out c'est à dire que l'adolescent(e) ayant atteint l'âge de la maturité clinique désire changer de structure de PEC.

### 3.1.3. Transition extrahospitalière

La transition extrahospitalière est une approche qui permet le transfert d'un(e) adolescent(e) des services pédiatriques d'une formation sanitaire vers la communauté (OBC, DIC, OSC).

- D'une clinique de PECPA vers une clinique PTME : se fait dans des cas particulier ou l'adolescente ayant contracté une grossesse transitionne des services pédiatriques vers les services de PTME. Dans ce cas de figure nous pouvons avoir des adolescentes de moins de 19 ans qui après la période de PTME sont renvoyées dans la clinique pédiatrique ; et des adolescentes de 19-20 ans qui après la période de la PTME seront transférées dans les services de prise en charge adulte.
- Cas des adolescents vulnérables (déplacés interne, réfugiés) : les soignants des différentes structures d'accueil devront à chaque fois collaborer entre eux pour permettre un suivi continu jusqu'à l'autonomisation totale de l'adolescent et

son passage dans la cohorte adulte. Tout ceci en mettant un accent véritable sur la documentation de tous les services reçus et le partage d'information.

- Cas des adolescents se retrouvant dans une OBC avant la transition (modèle de soins familial, adolescents nécessitant des services particuliers comme les KP) : le responsable de l'OBC et l'équipe de soins de la FOSA tutrice devront collaborer pour le transfert de la cohorte pédiatrique à la cohorte adulte.

## 3.2. Étapes de la transition des soins des services pédiatriques vers les services pour adultes

Le processus de transition doit être individualisé, flexible et organisé en étapes. Pour assurer sa réussite, il est nécessaire de respecter ses étapes, à savoir : **(a)** la préparation (enrôlement + pré-transition) ; **(b)** la transition proprement dite et **(c)** l'engagement (post-transition + suivi).

### 3.2.1. La phase de préparation (enrôlement + pré-transition)

#### 3.2.1.1. L'enrôlement

Pour être enrôlé dans le processus de transition, les adolescents doivent remplir les critères d'éligibilité suivants :

- avoir un âge supérieur ou égale à 15 ans ;
- avoir reçu l'annonce complète de son statut VIH ;
- ne pas être en stade de maladie avancée ;

- ne pas présenter un déficit cognitif ;
- avoir donné son assentiment (adolescent) et consentement (parent ou tuteur légal) ;
- être adolescent émancipé

En dehors des critères d'éligibilité, d'autres paramètres (charge virale, état de préparation à la transition et bien-être psychosocial) sont pris en compte tout au long dudit processus.

### 3.2.1.2. La phase de pré-transition

#### Mise en place (à partir de 15 ans)

Lors de cette phase, le prestataire de soins introduit et explique le concept de transition afin de préparer le patient et sa famille aux changements qui vont survenir dans son parcours de soins lors des prochaines années. Il présente les habitudes/protocoles du service et les intervenants impliqués. Il évoque l'évolution du rôle de chacun au cours du processus. Il s'agit proprement dit de parler du passage comme une étape future, naturelle et de commencer à recevoir le jeune seul durant une partie de la consultation. Les attentes, les projets éducatifs et professionnels de l'adolescent sont abordés et l'équipe soignante le soutient dans la prise de conscience de ses capacités et de ses limites afin d'accompagner son orientation.

#### Apprentissage de l'autonomie (15-19 ans)

Il s'agit d'une phase cruciale d'accompagnement du développement de l'autonomie. Les acteurs impliqués au cours de cette phase sont :

l'adolescent/parent ou tuteur légal et le prestataire de soins du service pédiatrique ou de l'OBC.

#### ❖ **L'adolescent/parent ou tuteur légal**

L'Education Thérapeutique du Patient (ou ETP) permet de développer les savoirs et savoir-faire, dans une approche spécifique à cette tranche d'âge. Il doit être capable de :

- Décrire le VIH et le TARV et ses effets secondaires
- Connaître les situations d'urgence pour lesquelles il doit consulter ;
- Connaître les effets de substances licites et illicites (tabac, alcool, cannabis, autres drogues) liés à sa santé et son traitement ;
- Connaître l'impact de l'infection à VIH et son traitement sur la sexualité, la fertilité, la nécessité d'une planification et d'un suivi étroit des futures grossesses ;
- Connaître l'impact de la bonne observance au TARV
- Savoir honorer à ses rendez-vous seul ;
- Acquérir des compétences d'auto-soin ;
- Connaître les conséquences de la mauvaise observance ;
- Aborder les différences entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes.

#### ❖ **Le prestataire de soins du service pédiatrique doit :**

- Revoir l'historique médicale du patient avec lui et l'encourager à poser des questions

- Mettre à jour le dossier médical ;
- Établir un protocole de transfert entre le service pédiatrique et le service adulte ;
- Mener des consultations conjointes personnel de soins pédiatrique/ personnel de soins adulte est largement recommandée car favorisant **le succès de la transition**. Elle est très appréciée des patients, **témoin du transfert d'informations** mais aussi de la confiance entre les deux équipes, et favorise **la continuité des soins**.
- Faire le suivi en ligne lorsque les équipes de soins pédiatrique et adulte sont éloignées géographiquement ;
- S'assurer que l'adolescent comprend bien son diagnostic, son traitement, la nécessité d'une bonne observance et celle de vivre positivement sa situation ;
- Promouvoir l'enrôlement dans les groupes de soutien des pairs adolescents ;
- Organiser les causeries éducatives pour les patients adolescents en cours de préparation à la transition au cours desquelles la transition et ses implications sont sans cesse rappelées ;
- Encourager les adolescents à respecter leur rendez-vous et en étant observant au traitement ;
- Inviter les personnels du service de TARV adulte à participer de temps en temps aux séances de causeries éducatives dans le service pédiatrique pour qu'ils soient plus informés des caractéristiques des patients adolescents et leurs besoins spécifiques ;
- Accompagner les adolescents au service adultes pour une orientation ;
- Apporter le soutien nécessaire au service de soins des adultes pour mettre en place un groupe de soutien des jeunes adultes qui sera chargé de l'accueil et de l'accompagnement initial des adolescents qui ont gradués dans le service de soins des adultes ;
- Impliquer les pairs-éducateurs ou jeunes champions dans la planification et la facilitation des activités de soins et soutien des adolescents ;
- Apporter le soutien aux parents/tuteurs afin qu'ils comprennent le caractère changeant de leur rôle dans les soins de leurs adolescents ainsi que l'intérêt de l'adolescent(e) qui évolue vers une relation de confidentialité entre lui et son prestataire de soins.
- Mettre l'accent sur les points d'attention particulière spécifique au patient transitant de la PECPA vers la PEC adulte (problèmes d'observance, problèmes de résistance, situation particulières, etc...) permettant au prestataire de la PEC adulte d'être en phase avec le jeune adulte dans sa prise en charge.
- À l'issue de cette phase, il est important d'évaluer l'aptitude au transfert de l'adolescent vers le service adulte.



**Tableau VI :** Checklist pour évaluer l'aptitude au transfert de l'adolescent en service adulte

#	Objectifs à atteindre avant la transition proprement dite	Objectif atteint (oui/non)
1	Informers les adolescents et les familles sur la transition et le suivi en service pour adultes	
2	Proposer une évaluation réalisée par un psychologue/APS pour aborder le vécu de la transition avec les adolescents	
3	Passer un questionnaire aux adolescents traitant de leur vie, leur suivi, leur maladie, leur autonomie permettant d'estimer leurs besoins en termes de préparation	
4	Passer un questionnaire aux parents ou tuteurs sur l'autonomie de leurs adolescents	
5	Proposer aux adolescents une évaluation globale réalisée par un prestataire	

Remarque : Passer à l'étape de la transition proprement dite si et seulement si l'adolescent et son parent ou tuteur ont atteints tous les 5 objectifs listés ci-dessus

Source: Enora, 2017 *Transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes chez les adolescents porteurs de maladie chronique*

### 3.2.2. La transition proprement dite

Le « transfert » est défini comme le passage immédiat de l'adolescent des soins pédiatriques aux soins adultes. Ces personnes transitées auront accès à tous les services disponibles dans la clinique pour adultes. Néanmoins, elles peuvent retourner au service pédiatrique au besoin. Pour réussir ce transfert, les préalables suivants doivent être vérifiés :

- L'assurance d'une étroite collaboration et une bonne coordination entre les prestataires de soins pédiatrique et adulte. Idéalement, une stabilité clinique, familiale et sociale sont nécessaires afin d'assurer un transfert optimal ;
- Les prestataires de soins du service d'adulte sont identifiés et leurs coordonnées communiquées à l'adolescent ;
- L'accompagnement de l'adolescent bien préparé qui a gradué au service de prise en charge des adultes ;
- L'adolescent est confié à un pair-éducateur ou à un prestataire formé à la prise en charge des cas de transition ;
- Rassurer l'adolescent transféré de votre disponibilité à continuer à lui apporter le soutien et à requérir régulièrement de ses nouvelles ;
- Transmettre au service de prise en charge adulte le résumé à jour de sa prise en charge dans le service de pédiatrie ;
- Dire au revoir à l'adolescent qui a gradué et à sa nouvelle équipe de prise en charge ;

- Promouvoir son enrôlement dans le groupe de soutien des jeunes adultes et faire le suivi ;
- Après le transfert, c'est le prestataire de soins du service adulte qui devient le prestataire référent ;
- Le prestataire de soins du service de pédiatrie tâchera toutefois d'obtenir un retour sur les premières consultations « chez l'adulte » afin de s'assurer de l'adhésion et la participation du patient à cette nouvelle prise en charge et pourra exceptionnellement intervenir en accord avec son collègue spécialiste des adultes pour débloquer une situation ;
- Le lien thérapeutique avec la nouvelle équipe est primordial, car elle permet de diminuer le risque de rupture aux soins ;
- Le prestataire de soins du service adulte doit accorder une attention particulière au jeune durant cette période de découverte et d'ancrage dans ce nouvel environnement de soins avec le recours à des consultations plus longues.

**Tableau VII** : Checklist pour évaluer la transition proprement dite

#	Objectifs à atteindre au moment de la transition proprement dite	Objectif atteint (oui/non)
1	Transférer uniquement une fiche de transfert résumant le dossier de suivi des adolescents à l'équipe soignante pour adultes	
2	Utiliser une fiche de transfert standardisée avec les informations pertinentes	
3	Organiser des consultations en service pédiatrique, puis en service adulte pour optimiser la prise de connaissance du dossier de suivi	
4	Organiser des réunions où les professionnels pédiatriques vont présenter les dossiers de suivi des adolescents à l'équipe pour adultes	
5	Si les adolescents ont bénéficié d'un suivi psychologique en pédiatrie, discuter avec chaque adolescent les renseignements à intégrer au compte rendu pour le psychologue pour adultes	
6	Si les adolescents ont entamé des démarches pour une assistance sociale en pédiatrie, qui nécessite une poursuite d'accompagnement, préparer un compte-rendu pour l'équipe pour adultes	
7	Organiser le transfert verbal des informations entre professionnels des deux services impliqués dans la transition des adolescents	
Remarque : Passer à l'étape de l'engagement si et seulement si l'adolescent et son parent ou tuteur ont atteints tous les 7 objectifs listés ci-dessus		

**Source** : Enora, 2017 Transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes chez les adolescents porteurs de maladie chronique

### 3.2.3. L'engagement (post-transfert + suivi)

Durant cette dernière phase, le prestataire de soins du service adulte accompagne le jeune à entrer dans le monde adulte. Cet accompagnement consiste à : (a) réévaluer les connaissances de

l'adolescent ; (b) évaluer ses besoins ; (c) partager avec lui le résumé médical et son plan de soins ; (d) expliquer ses droits et devoirs ; (e) faire adhérer à un groupe de soutien ; (f) discuter de ses préférences en matière de moyens de communication ; (g) planifier les visites mensuelles les 3 premiers mois, puis respecter les soins standards pour adultes et (h) s'assurer que le patient soit suffisamment autonome pour gérer ses besoins quotidiens et le suivi de sa santé, et qu'il dispose d'un réel projet éducatif ou professionnel.

**Tableau VIII : Checklist pour évaluer l'engagement**

#	Objectifs à atteindre au moment de l'engagement	Objectif atteint (oui/non)
1	Les adolescents prennent eux-mêmes leur premier rendez-vous	
2	L'équipe pédiatrique prend le premier RDV pour les adolescents	
3	Après s'être vu adressé un adolescent par l'équipe pédiatrique, le service pour adultes appelle pour confirmer le premier RDV	
4	Au premier RDV, le prestataire du service pour adultes prévoit un créneau de consultation plus long	
5	A la suite du premier RDV, la nouvelle équipe soignante envoie un compte rendu à l'équipe pédiatrique	
6	Les deux premières années après la transition proprement dite, un compte rendu du service pour adultes est envoyé à l'équipe pédiatrique	
7	Lors de(s) (la) première(s) consultation(s), aborder les sujets relatifs à la contraception, reproduction, permis de conduire, profession et apprentissage	
8	Proposer aux jeunes de reprendre un rendez-vous avec le prestataire du service pédiatrique si un sujet abordé avec le prestataire du service adultes n'est pas cohérent avec l'information donnée en pédiatrie	
9	Renforcer les sessions d'éducation thérapeutique permettant d'accompagner la prise en charge des jeunes	

Source: Enora, 2017 Transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes chez les adolescents porteurs de maladie chronique

**Tableau IX : Récapitulatif des points à aborder durant le processus de transition suivant le calendrier des visites (M = Mois)**

Points à aborder	Enrôlement	Pré-transition	Transition proprement dite	Post-transition et suivi
	M0-2	M3-59*	M60	M60 et plus
Évaluer l'éligibilité	x		x	
1 <sup>ère</sup> Consultation conjointe (service pédiatrique)		x		
2 <sup>ème</sup> consultation conjointe (service adulte)		x		
3 <sup>ème</sup> consultation conjointe (service pédiatrique)		x		
4 <sup>ème</sup> consultation conjointe (service adulte)		x		

Points à aborder	Enrôlement	Pré-transition	Transition proprement dite	Post-transition et suivi
	M0-2	M3-59*	M60	M60 et plus
Organiser une concertation conjointe		x	x	x
Organiser les groupes de soutien de transition		x	x	x
Tenir le comité de gestion des cas		x	x	x
Évaluer la charge virale	x	x	x	x
Évaluer l'état de préparation à la transition**	x	x		
Évaluer le bien-être psychosocial**	x	x	x	x
Évaluer l'autonomie**	x	x	x	x
Évaluer la rétention				x
Évaluer l'observance			x	x

**Remarques :**  
 (\*) Si patient stable, alors planifier ses visites conformément aux directives nationales.  
 (\*\*) Utiliser un outil standardisé pour faire ces évaluations.

**NB : L'utilisation de cette checklist doit être adapté au modèle de transition**

### 3.3. Enjeux de la transition

Le principal enjeu pour la prise en charge est d'éviter des ruptures dans la continuité des soins et la progression de l'infection voire la mortalité lors du passage de l'adolescent du service pédiatrique vers le service adulte. C'est pourquoi il est judicieux de pouvoir bien établir les avantages, les obstacles et les conséquences d'une mauvaise ou d'une non transition afin de démarrer le processus de transition dans des conditions optimales.

#### 3.3.1. Les avantages d'une bonne transition

##### 3.3.1.1. Avantages individuels

- Autonomisation (maturité, responsabilité, ...)
- Acquisition des compétences en auto soin et adaptation
- Adhérence à l'apprentissage
- Accès à des services différenciés
- Accès à un paquet de soins adaptés à l'âge
- Amélioration des connaissances en santé mentale et sexuelle
- Apprentissage /acquisition des compétences de vie pour l'âge adulte
- Optimisation de l'observance et du suivi
- Réduction de la morbi-mortalité
- Amélioration de la rétention dans le continuum de soins
- Amélioration de la qualité de vie
- Maintien de la suppression virale

##### 3.3.1.2. Avantages familiaux

- Renforcement du lien familial
- Renforcement de la prise en charge familiale à l'unité de prise en charge
- Intégration des autres membres de la famille

- Gain de temps et de finances (adolescent/parent/tuteur prend le traitement de la famille lors d'un rdv et vice vers ça)
- Baisse du stress familial

##### 3.3.1.3. Avantages pour le système de santé

- Amélioration de la rétention des adolescents dans le continuum des soins
- Désengorgement des sites de PEC pédiatrique
- Réduction de la charge de travail dans les sites pédiatriques
- Baisse de la morbi-mortalité
- Renforcement de la collaboration entre différents services
- Contribution à l'atteinte des objectifs pays

#### 3.3.2. Obstacles et défis à la transition

##### 3.3.2.1. Obstacles liés à l'adolescent

- Attachement à l'équipe pédiatrique
- Attachement à l'environnement de soins
- Troubles de la santé mentale (angoisse, dépression, ...)
- Stigmatisation vis à vis du VIH
- Stigmatisation vis-à-vis du genre
- Situation de vulnérabilité de l'adolescent (orphelin, adolescent consommant la drogue, déplacé interne, réfugié, sous scolarisation...)

##### 3.3.2.2. Obstacles liés aux parents/tuteurs

- Faible niveau d'engagement aux tuteurs / parents
- Précarité socio-économique des parents / tuteurs
- Faible niveau d'alphabétisation des parents/tuteurs

- Culpabilité / peur de la stigmatisation si adolescent dans le même site de prise en charge
- Refus de divulguer le statut à l'adolescent
- Problème de santé mentale

### 3.3.2.3. Obstacles liés au système de santé

- Absence des outils / directives sur la transition
- Non-respect des directives sur la gratuité des services offerts aux adolescents
- Insuffisance des prestataires formés sur la transition des services pédiatriques et adultes
- Surcharge / mauvaise organisation du travail
- Attachement à l'adolescent
- Déficit de communication avec les services pour adultes
- Structures non adaptées (absence de services séparés pédiatrie/adulte)

### 3.3.3. Conséquences de la non / mauvaise transition

#### 3.3.3.1. Conséquences individuelles et familiales

- Sentiment d'intrus : trop âgé pour le groupe
- Rejet/ abandon traitement

- Augmentation des problèmes de santé mentale (suicide, rejet, ...)
- Abandon des projets de vie
- Comportements à risques (sexe, alcool, toxique, ...)
- Non adaptation au nouvel environnement (PDV, résistance, ...)
- Augmentation de la morbi-mortalité
- Augmentation des dépenses familiales
- Perte de confiance dans le système de soins

#### 3.3.3.2. Conséquence pour le système de santé

- Augmentation de la charge de travail par répétition du processus
- Augmentation de la morbi-mortalité
- Non atteinte des objectifs du programme (CV supprimée, etc.)

#### 3.3.4. Rôles et responsabilités des acteurs

La transition des adolescents VIH+ du service de prise en charge pédiatrique vers le service adulte requiert l'implication de différents acteurs (intra hospitaliers, extrahospitaliers et au niveau stratégique). Pour une transition optimale, il serait judicieux de définir les rôles et responsabilités de chacun de ces acteurs.

Tableau X : Rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le processus de transition

Parties prenantes	Rôles/ Responsabilités
<b>Acteurs intra hospitaliers</b>	
<b>Prestataires / cliniciens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer les connaissances en santé</li> <li>• Renforcer si besoin les connaissances en santé de l'adolescent (VIH, santé sexuelle et reproductive, planning familial)</li> <li>• Présenter l'offre de soins existante pour le support au traitement</li> <li>• Discuter du plan de transition au sein d'une équipe pluridisciplinaire</li> <li>• Développer le plan de transition avec l'adolescent et son parent/tuteur</li> <li>• Etablir le lien vers d'autres services tels que : PTME/PTV, services sociaux</li> <li>• Etablir le lien entre les autres formations sanitaires</li> <li>• Assurer une transmission des informations de l'adolescent entre les équipes de soins</li> <li>• Assurer le suivi post transition de l'adolescent dans le service adulte</li> <li>• Référer l'adolescent si nécessaire vers les services sociaux, psychologues et de préférence vers des personnes précises...</li> <li>• Proposer un groupe de soutien (pour la transition) des parents/ adolescents</li> <li>• Offrir les services de prise en charge psychosociale / d'éducation thérapeutique du patient / santé mentale / santé sexuelle, etc.</li> </ul>
<b>Coordonnateur de l'unité de prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désigner un point focal ou coordonnateur de transition</li> <li>• Intégrer le point sur la transition lors des réunions de coordination et rendre disponible les rapports de réunion</li> <li>• Rendre disponible les outils de la transition de façon continue</li> <li>• S'assurer de la production des évidences scientifiques liés à la transition</li> <li>• Utiliser les résultats des évidences pour améliorer les performances de la formation sanitaire</li> <li>• Planifier les recyclages du personnel sur la transition</li> </ul>
<b>Dispensateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que le client connaisse les ARV (nom des médicaments, posologie...)</li> <li>• Discuter des interactions des médicaments</li> <li>• Participer à élaboration du plan de transition</li> </ul>
<b>APS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir le soutien psychosocial avant, pendant et après la transition</li> <li>• Evaluer les besoins en santé mentale</li> <li>• Participer à l'élaboration du plan de transition</li> <li>• Evaluer le niveau de préparation du client pour la transition</li> </ul>
<b>Pairs éducateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir le soutien psychosocial avant, pendant et après la transition</li> <li>• Assister aux premiers rendez-vous dans le service adulte</li> <li>• Partager les expériences personnelles sur la transition</li> </ul>
<b>Communautaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer au suivi post transition</li> </ul>

Parties prenantes	Rôles/ Responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Animer les groupes de paroles liés à la transition (pré, pendant, post)</li> <li>Mener un counseling individuel sur la transition si besoin</li> <li>Participer à l'élaboration du plan de transition</li> </ul>
<b>Acteurs extra hospitaliers</b>	
<b>Famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adhérer au processus de transition</li> <li>Accompagner l'adolescent dans l'acceptation du processus de transition</li> <li>Partager le statut sérologique avec les membres de la famille</li> <li>Accompagner l'adolescent à l'observance thérapeutique</li> </ul>
<b>Adolescents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accepter et adhérer au processus de transition</li> <li>Participer à la préparation du plan de transition (choix du service adulte)</li> <li>Maitriser et prendre les médicaments tels que prescrits</li> <li>Respecter les rendez-vous pour les soins et l'assistance psychosociale</li> <li>Acquérir / renforcer ses connaissances en santé notamment la santé sexuelle et reproductive</li> <li>Identifier une personne support (pairs éducateurs, ado champion...) pour l'accompagner</li> </ul>
<b>Pairs éducateurs OSC/ OBC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer au processus de transition et le suivi post (rétention, C V, observance)</li> </ul>
<b>CTD/PTF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser des financements</li> </ul>
<b>Niveau Technique et stratégique</b>	
<b>DS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le suivi évaluation</li> <li>Assurer la disponibilité des outils pour la transition</li> <li>Supervision intégrant les activités de la transition</li> </ul>
<b>DRSP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le suivi évaluation</li> <li>Assurer la disponibilité des outils pour la transition</li> <li>Assurer la formation des prestataires sur la transition</li> <li>Supervision des DS</li> </ul>
<b>MINSANTE /DLMEP/ CNLS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborer les documents et outils stratégiques</li> <li>Produire et disséminer les documents et outils stratégiques</li> <li>Assurer la formation des acteurs sur la transition</li> <li>Assurer le suivi évaluation</li> <li>Mobiliser les ressources humaines</li> <li>Mobiliser les financements</li> <li>Coordonner les activités relatives à la transition</li> </ul>

# CHAPITRE 4 : GOUVERNANCE

Le suivi et l'évaluation des activités liées à la transition des adolescents vivant avec le VIH vers les services des adultes sont nécessaires pour assurer une transition optimale. Il permet de fournir des informations pour une meilleure planification et l'allocation des ressources ainsi que des informations à jour sur les patients au niveau opérationnel et stratégique. Il est crucial que les données soient collectées à des fins utiles, mais aussi utilisées de manière critique par l'équipe multidisciplinaire pour lever les goulots d'étranglement et trouver des solutions liées au suivi de l'activité.

## 4.1. Gouvernance des activités de transition

Il s'agit d'un ensemble de règles, de décisions et des pratiques qui permettent d'assurer le fonctionnement optimal des activités liées à la transition des adolescents vers les services des adultes.

- **Elaboration et dissémination des documents normatifs/outils**

Les documents de transition des adolescents vivant avec le VIH vers les services des adultes ainsi que les outils de collecte des données élaborés doivent être disséminés et utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et

précisément au niveau des unités de prise en charge.

- **Formation/recyclage du personnel**

Les prestataires chargés d'offrir les soins et les services liés à la transition dans les unités de prise en charge ainsi que dans les services adolescents doivent être formés sur la thématique. Il est urgent que les modules de formation sur la transition soient abordés lors de la formation des prestataires sur la prise en charge du VIH au bénéfice des adolescents.

- **Tenue des réunions et des supervisions intégrant les aspects de la transition des adolescents vers les services adultes**

Les thématiques concernant les éléments (obstacles, les rôles et les responsabilités, les conséquences) sur la transition des adolescents vers les services adultes doivent être intégrés dans les thématiques proposées lors des réunions de coordination (en ligne ou en présentielle) ainsi que lors des missions de supervision. Aussi, ces réunions devraient se tenir à tous les niveaux de la pyramide sanitaire intégrant les acteurs clés selon une période bien définie. Ceci permettra de mieux identifier les

principaux défis liés à son implémentation et formuler les recommandations ainsi que les perspectives.

#### ▪ **Mobilisation des financements**

La production des outils/directives, la formation du personnel, la production des évidences etc. nécessitent que les fonds soient mobilisés. Les sources de financement possibles incluent le budget de l'état, les partenaires techniques et financiers et les CTD.

### **4.2. Indicateurs clés de suivi**

Plusieurs indicateurs clés sont identifiés pour le suivi des activités liées à la transition des adolescents vivant avec le VIH vers les services adultes. Il s'agit entre autres de :

- Nombre de formations sanitaires disposant d'un guide de transition
- Nombre de prestataires formés à l'offre des soins et services liés à la transition des adolescents vers les services adultes
- Proportion des FOSA offrant les services et soins de la transition des adolescents vers les services adultes
- Nombre de réunions tenues intégrant les aspects de la transition
- Nombre total d'adolescents éligibles à la transition par âge et par sexe

- Proportion d'adolescents totalement transités
- Proportion d'adolescents transités vers les services adultes et retournés vers les services pédiatriques
- Proportion d'adolescents transités et maintenus dans le continuum des soins après 6 à 12 mois
- Proportion d'adolescents transités qui sont observants au traitement ARV
- Proportion d'adolescents transités ayant une charge virale supprimée 6 à 12 mois après la transition
- Nombre de supervisions effectuées incluant les domaines liés à la supervision
- Nombre d'articles publiés sur la transition des adolescents vers les services adultes

### **4.3. Outils de suivi**

Les principaux outils de suivi des activités de transition des adolescents vivant avec le VIH vers les services adultes sont les suivants :

- Le dossier du patient ;
- Les fiches de collecte de données ;
- Le cahier de suivi journalier du patient ;
- La fiche de transfert du patient ;
- Les checklists d'évaluation.

## 4.4. Cadre de suivi

### Les indicateurs traceurs

Tableau XI : Principaux indicateurs de suivi du processus de transition

No	Résultats	Indicateurs	Unité	Composition de l'indicateur		Période	Niveau de collecte	Source de collecte
				Numérateur	Dénominateur			
<b>INDICATEURS</b>								
1	Au moins 80% des sites prenant en charge les adolescents disposent d'un guide de transition	Nombre de formation sanitaire offrant les soins et services aux adolescents disposant d'un guide de transition	Valeur absolue	Nombre de formation sanitaire offrant les soins et services aux adolescents	1	Annuelle	FOSA	Décharge/PV réception des guide
2	Au moins 80% du personnel formé sur la transition des adolescents vivant avec le VIH vers les services adultes	Nombre de prestataires formés sur la PECPA intégrant les aspects de la transition.	Valeur absolue	Nombre de prestataires formés sur la PECPA intégrant les aspects de la transition.	1	Semestrielle	FOSA, Districts, OBC	Rapports de fin de formation
3	Au moins 95% des adolescents éligibles à la transition vers les services des adultes sont transités	Proportion d'adolescents éligibles à la transition	Proportion	Nombre d'adolescents éligibles à la transition vers les services des adultes transités	Nombre total des adolescents éligibles à la transition au service des adultes	Annuelle	FOSA, Districts Regional National	RMA, DHIS2
4	Au moins 50% des articles publiés sur le VIH chez les adolescents aborde la problématique de la transition	Nombre d'articles publiés sur le VIH chez les adolescents aborde la problématique de la transition	Valeur absolue	Nombre d'article publiés sur le VIH chez les adolescents intégrant la transition	1	Annuelle	FOSA, Districts Regional National	RMA, DHIS2

#### 4.5. Evaluation des activités liées à la transition

L'évaluation des performances vise à mesurer les progrès par rapport aux indicateurs définis. A travers les activités de supervision formatives, les entretiens en vue du recueil du niveau de satisfaction des principaux bénéficiaires. Cette évaluation permettra de réviser les progrès accomplis, identifier les défis et ajuster les stratégies, si nécessaire pour optimiser les activités en lien avec la transition des adolescents vers les services des adultes. Les principaux acteurs à cette revue à mi-parcours inclus les représentants des différents niveaux de la pyramide sanitaire, les décideurs politiques et les partenaires de mise en œuvre. Ces évaluations peuvent se faire trimestriellement, semestriellement ou annuellement afin d'évaluer les performances.



# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Journal officiel de la République. Loi n° 2011/011 du 6 mai 2011 relative à la protection de l'enfant. (2011).
2. Politique nationale de la jeunesse du Cameroun. Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique. (2015).
3. The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018).
4. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: Current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(S2), S144-S153. DOI: 10.1097/QAI.000000000000176. Idele, P., Gillespie, A., Porth, T., Suzuki, C., Mahy, M., Kasedde, S., & Luo, C. (2014).
5. Transitioning adolescents onto antiretroviral therapy: Ensuring uninterrupted treatment. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 16(1), 4-6. Davies, M.-A., & Pinto, J. (2015).
6. Rapport de la Cellule des Informations Sanitaires du Cameroun. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2024).
7. Enquête Démographique et de Santé 2018. Institut National de la Statistique du Cameroun. (2018).
8. Enquête Démographique et de Santé 2004. Institut National de la Statistique du Cameroun. (2004).
9. Cameroon Population-based HIV Impact Assessment (CAMPHIA) 2017-2018. Ministry of Health. (2018).
10. Rapport annuel sur la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun. Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS). (2023).
11. Transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes chez les adolescents porteurs de maladie chronique. Thèse en ligne, Université Paris Descartes. URL: <https://theses.hal.science/tel-01706064> Le Roux, E. (2017).
12. HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. World Health Organization (WHO). (2015).
13. Challenges in transitioning adolescents to adult HIV care in sub-Saharan Africa: A review of current evidence. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(4), 403-411 Kallon, M. M., et al. (2020).
14. Measuring the transition readiness of youth with special healthcare needs: validation of the TRAQ—Transition Readiness Assessment Questionnaire. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(2):160–71. Sawicki GS, Lukens-Bull K, Yin X, Demars N, Huang IC, Livingood W, et al. 2. Wood DL, Sawicki GS, Miller MD, Smotherman C, Lukens-Bull K, Livingood WC, et al.
15. The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): its factor structure, reliability, and validity. *Acad Pediatr*. 2014 ;14(4):415–22.
16. Adolescent Coordinated Transition (ACT) to improve health outcomes among young people living with HIV in Nigeria: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. (2017) 18:595. DOI 10.1186/s13063-017-2347-z. Nadia A. Sam-Agudu, Jennifer R. Pharr, Tamara Bruno, Chad L. Cross, Llewellyn J. Cornelius, Prosper Okonkwo, et al.
17. DSD\_Supplement\_effective\_transitions-02\_FR\_final.pdf n.d.
18. CHIVA Guidance on Transition for adolescents living with HIV 2010. Caroline Foster.
19. Adolescent and Youth Transition of Care Toolkit 2020. Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation.
20. Challenges and facilitators of transition from adolescent to adult HIV care among young adults living with HIV in Moshi, Tanzania. *J Intern AIDS Soc* 2019;22:e25406. <https://doi.org/10.1002/jia.2.25406>. Masese RV, Ramos JV, Rugalabamu L, Luhanga S, Shayo AM, Stewart KA, et al.
21. Professional's Perspectives on Care Management of Young People with Perinatally Acquired HIV during Transition: A Qualitative Study in Adult Care Setting. *PLOS ONE* 2017;12:e0169782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169782>. Roux EL, Gottot S, Aupiais C, Girard T, Teixeira M, Alberti C.
22. Clinical, Immunological, and Virological Outcomes Among Youths With Perinatal HIV After Transition to Adult Units in Spain From 1997 to 2016. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2021;86:240–7. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002539>. Aguilera-Alonso D, Sainz T, Jimenez de Ory S, Bernardino I, Díez C, Torres B, et al.
23. Transition aux soins adultes : une vue d'ensemble. *Rev Med Suisse* 2015;462:434–7. Meynard A, Ambresin A-E, Suris J-C.
24. EDS, 2004, 2011, 2018.
25. CAMPHIA 2028.
26. PSN VIH Cameroun 2024-2030.

