

BURKINA FASO
Unité - Progrès – Justice

ETUDE TRANSITIONS

**Recherches participatives et pluridisciplinaires pour
l'optimisation et la continuité des soins chez les
adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au
Burkina Faso et au Sénégal**

Chercheur

Dr Blandine BILA

Assistante de recherche

Ambran Bernardine OGAH

Version finale

Table des matières

Liste des sigles et abréviations	2
Introduction.....	3
I. Méthodologie	5
1. Zone de l'étude	5
2. Cadre, type et période de la recherche	6
3. Population et critères d'inclusion	6
4. Méthodologie volet « Transitions »	6
4.2. Echantillonnage.....	7
4.3. Techniques et outils de collecte de données	7
4.4. Traitement et analyse des données	8
4.5. Aspects éthiques et déontologiques.....	8
5. Méthodologie volet « Santé sexuelle et reproductive »	8
5.1. Critères d'inclusion	8
5.2. Echantillonnage.....	8
5.3. Techniques et outils de collecte de données	9
II. Résultats	10
R1. Résultats volet « Transitions ».....	10
R1.1. Les adolescents.....	10
R1.2. Les pairs éducateurs	20
R1.3. Les soignants.....	25
R2. Résultats volet « Santé sexuelle et reproductive ».....	31
R2.1. Connaissance en SSR et gestion de la sérologie	31
R2.2. Entrée en vie sexuelle et choix du partenaire	34
Conclusion	40
Références bibliographiques.....	41
Annexe	42

Liste des sigles et abréviations

ARV	Antirétroviraux
AJLV	Association des jeunes pour la lutte contre le VIH
AJOIA	Association des jeunes et orphelins infectés et affectés par le VIH
CHNEAR	Centre hospitalier national d'enfants Albert Royer
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CHUP-CDG	Centre hospitalier universitaire et pédiatrique Charles de Gaulle
CHUYO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
EVA	Réseau Enfants et VIH en Afrique
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRD	Institut de recherche pour le développement
IST	Infection sexuellement transmissible
MATD	Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour le VIH/Sida
PACTE	Processus d'accompagnement coordonné de transition dans les soins des adolescents
PTME	Prévention de la transmission mère- enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
REGIPIV-BF	Réseau national pour une grande implication des personnes infectées dans la lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST
SSR	Santé sexuelle et reproductive

Introduction

Les adolescent.e.s et jeunes adultes de 15 à 24 ans, vivant avec le VIH (AJAVVIH) sont une population hétérogène quant au sexe, à l'âge, au mode de transmission, à l'orientation sexuelle et à la prise de risque. Cette tranche d'âge qui est la plus vulnérable présente une plus grande possibilité de rupture du suivi médical et de mauvaise observance, ainsi que des besoins plus importants en matière de soutien psychosocial et de prestations de santé différenciées. Cependant, elle reste fortement invisibilisée dans les pays d'Afrique de l'Ouest, tant dans la définition des politiques de prise en charge, que dans l'allocation des ressources et dans la représentation communautaire. Partant de la capitalisation et de la mutualisation des expériences des équipes partenaires, le projet TRANSITIONS « **Optimisation de la prise en charge et empowerment communautaire des adolescents et jeunes adultes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest** » se veut une réponse aux nombreux défis posés par la prise en charge de ces AJAVVIH. Développé et mis en œuvre grâce à un partenariat entre le réseau Enfant et VIH en Afrique (EVA) et l'unité UMI TransVIHMI de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), ce projet propose de soutenir la mise en œuvre de la transition dans une approche pragmatique, adaptée aux besoins des adolescent.e.s et inclusive des soignant.e.s, des adolescent.e.s et des pairs communautaires. Il contribue plus globalement à améliorer la santé, l'empowerment et l'autonomie des AJAVVIH, en incluant les populations clés, notamment par le soutien à la formation, la structuration et la représentation communautaire des jeunes associations, la documentation des conditions d'entrée dans les soins et de leurs besoins spécifiques, la santé numérique, la production et la mise à disposition des données probantes et de recommandations et la construction du plaidoyer.

Une recherche-action, pluridisciplinaire et participative accompagne les trois objectifs spécifiques du projet. Mis en œuvre au Sénégal et au Burkina-Faso depuis septembre 2020, TRANSITIONS regroupe trois sous projet connectés qui sont : TRANSITIONS#1 « de la pédiatrie vers la médecine adulte » ; TRANSITIONS#2 « l'entrée à l'âge adulte » ; TRANSITIONS#3 « de l'hôpital à la scène associative ». Il vise notamment à la mise en œuvre d'un processus innovant accompagné et coordonné de transition dans les soins des adolescents (PACTE) et l'évaluation de son efficacité, de son acceptabilité et la satisfaction des acteurs.

Compte tenu du contexte sanitaire lié à la pandémie du Covid 19, le projet a officiellement démarré en Mars 2021 au Burkina-Faso et piloté par le Réseau national pour une grande implication des personnes infectées dans la lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso (REGIPIV). Cinq (05) formations sanitaires de la ville de Ouagadougou et partenaires du projet

TRANSITIONS ont été associées. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), du CHU pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG), du Centre hospitalier et universitaire de Bogodogo (CHU Bogodogo), du Centre médical avec antenne chirurgicale de Kossodo (CMA Kossodo) et du Centre médical avec antenne chirurgicale de Pissy (CMA-P). Elles sont regroupées en huit sites dont quatre sites pédiatriques et quatre sites adultes. Ces formations sanitaires ont été sélectionnées par le programme national, après accord des équipes de prise en charge, sur des critères de préexistence de transferts de patients, de proximité avec le lieu de résidence des adolescents suivis en pédiatrie, de taille raisonnable de file active actuelle permettant l'absorption de nouveaux patients.

Dans le cadre des activités du volet recherche de ce projet, il a été initié sous l'égide de l'IRD, une étude au Burkina-Faso qui a pour objectif d'explorer la perception qu'ont les adolescents, les soignants et les pairs éducateurs du processus d'accompagnement coordonné de transition dans les soins des adolescent.e.s et jeunes adultes vivant avec le VIH (PACTE), un processus dans lequel, ils sont impliqués depuis août 2021. Le volet qualitatif de cette étude a été réalisé par une équipe de deux consultantes : une chercheuse senior en qualité de superviseur et un junior au poste d'assistante de recherche.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont :

- Evaluer la connaissance des adolescents, soignants et pairs éducateurs du processus d'accompagnement coordonné de transition dans les soins des adolescents (PACTE) à Ouagadougou en 2023.
- Déterminer la perception des adolescents, soignants et pairs éducateurs du processus d'accompagnement coordonné de transition dans les soins des adolescents (PACTE) à Ouagadougou en 2023.

Le rapport de cette recherche qualitative s'articule autour des points suivants :

- Méthodologie
- Résultats
- Suggestions des acteurs
- Conclusion

I. Méthodologie

1. Zone de l'étude

La recherche s'est déroulée à Ouagadougou au Burkina Faso, un pays sahélien d'environ 272 969 km² (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation [MATD], 2021). En 2019, la population résidente était de 20 505 155 habitants (Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD], 2022). Il est caractérisé par la jeunesse de sa population. Ainsi, les enfants de moins de 15 ans et les jeunes de 15-34 ans représentent, respectivement, 45,3% et 32,6% de la population totale.

Le système de santé au Burkina Faso a deux composantes : l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins (Direction générale des études et des statistiques sectorielles [DGESS], 2022). La première comprend trois niveaux. Le niveau central qui est composé des structures centrales et rattachées organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Le niveau intermédiaire qui comprend les 13 directions régionales de la santé et de l'hygiène publique. Le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Soixante-dix districts sanitaires ont été dénombrés en 2021. La deuxième composante est aussi organisée en trois niveaux et assurent les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins primaires sont assurés par le district sanitaire qui comprend deux échelons : le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) au nombre de 2126 CSPS publics en 2021 et le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2021, on comptait 46 CMA fonctionnels. Les soins secondaires assurés par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA. Le Centre hospitalier universitaire qui est le niveau de référence le plus élevé assure le dernier niveau de soins. Il existe également d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs. En plus de ces structures publiques, on compte des structures privées de santé situées en majorité dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2021, le nombre de structures privées de soins était de sept cent trente-huit (738).

La situation du VIH au Burkina Faso montre une tendance à la baisse. Il est classé parmi les pays à épidémie mixte avec une prévalence estimée à moins de 1% en population générale. Dans les treize régions que compte le pays, cent (100) sites aussi bien publics, privés, confessionnels que communautaires assurent la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) par les antirétroviraux (ARV). La gratuité du traitement par les ARV au

Burkina Faso a été adopté par l'arrêté conjoint n° 2010-18/MS/MEF du 10 février 2010 (Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST [SP/CNLS-IST], 2019). Pour 2022, le programme commun des Nations Unies pour le VIH/Sida (ONUSIDA) a estimé à 97 000, le nombre total de PVVIH au Burkina Faso parmi lesquelles 10 000, ont moins de 15 ans. La prévalence du VIH en 2023 était respectivement de 0,6% [0,5-0,8] parmi les adultes (15-49 ans), 0,7% [0,6-0,9] chez les femmes (15-49 ans) et chez les jeunes (15-24 ans). Selon le sexe, elle est de 0,3 % [0,2 – 0,3] pour les filles et 0,2% [0,2 – 0,3] pour les garçons. De plus, environ 1 813 jeunes (15-19 ans) étaient sous traitement ARV au cours de cette même année (Réseau EVA, 2024).

2. Cadre, type et période de la recherche

La recherche proprement dite a démarré par une pré-visite de l'assistante de recherche dans les différentes formations sanitaires incluses sous la conduite du moniteur du projet au Burkina Faso pour mise en contact et information auprès des soignants. Cette recherche de type qualitatif est subdivisée en deux volets : Perceptions de la transition et santé sexuelle et reproductive (SSR). Les enquêtes du volet « Transitions » se sont déroulées de mars à mai 2023. Celles de la SSR ont été effectuées entre octobre et novembre 2023

3. Population et critères d'inclusion

Pour cette recherche qualitative, la population, conformément au protocole de recherche du projet validé par le Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso (CERS), est constituée des adolescents, des soignants (médecins, d'infirmiers ou infirmières et de psychologues) et des pairs éducateurs.

4. Méthodologie volet « Transitions »

4.1. Critères d'inclusion

Adolescents ou jeunes

- Etre adolescent-e ou jeune inclus dans le projet transitions/dans le PACTE
- Avoir participé à l'enquête téléphonique (Cette enquête a permis d'évaluer suivant une approche quantitative leur satisfaction du projet)
- Accepter de participer à l'enquête (volet qualitatif)

Soignants

- Etre médecin, infirmier, infirmière ou psychologue
- Etre en service dans l'un des sites de mise en œuvre du projet transitions

- Etre impliqué depuis le début ou au cours du projet transitions et y être encore au moment de l'enquête
- Accepter de participer à l'enquête

Pairs éducateurs

- Etre impliqué depuis le début ou au cours du projet transitions et y être encore au moment de l'enquête
- Accepter de participer à l'enquête

4.2. Echantillonnage

Choix des participants

Les adolescents ont été sélectionnés à partir des résultats préliminaires de l'enquête téléphonique de façon raisonnée selon leur satisfaction ou non des activités mises en œuvre par le projet. A cet effet donc, les adolescents les plus satisfaits et les moins satisfaits ont été sélectionnés avec une préférence portée sur la deuxième catégorie, car ils ont presque tous été sélectionnés, afin de mieux documenter les aspects du projet qui nécessitent une amélioration. Sur les différents sites, les soignants sont inclus de façon libre et volontaire. Lors des pré-visites, nous avons enregistré les noms et contacts des soignants qui se sont portés volontaires pour participer à la collecte de données.

Les pairs ont été inclus suivant leur disponibilité et leur volonté à participer à l'enquête après une séance de prise de contact au REGIPIV.

Taille de l'échantillon

Nous avons adopté le principe de saturation pour déterminer la taille de notre échantillon. Au total, cinquante-huit participants ont été inclus pour ce volet de la recherche dont quinze soignants, dix pairs éducateurs, trente-trois adolescents.

4.3. Techniques et outils de collecte de données

L'entretien semi directif et le focus group ont été utilisés pour collecter les données auprès des différents participants sur leur connaissance, leur expérience ou vécu et leur perception du PACTE (ou de la transition). Le guide d'entretien est le principal outil de collecte de données utilisé. Les entretiens se sont déroulés en langue française et ont été conduits par l'assistante de recherche. Ils ont été enregistrés sur téléphone pour les entretiens individuels et sur dictaphone pour les groupes de discussion avec l'accord des participants.

Au total, nous avons effectué deux focus group (dix-huit participants) et quarante entretiens individuels.

4.4. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été transcrites avec le logiciel Noota. Il s'agit d'une plateforme d'enregistrement et de transcription en ligne. Mais la relecture et les corrections ont été faites manuellement. Les données ont ensuite été épurées par plusieurs relectures. Ce qui nous a permis d'identifier les thématiques sur lesquelles portent la présentation des résultats de la recherche.

4.5. Aspects éthiques et déontologiques

Le protocole de recherche du projet « **Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal** » a reçu l'avis favorable du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso sous délibération numéro **2021-04-083** du 07 avril 2021. Avant le début du terrain, les guides d'entretien ont été validés par l'équipe du projet. La participation des différents acteurs a été libre et le consentement éclairé même si tous les participants à cette recherche ont une parfaite connaissance du sujet en raison de leur implication depuis le début de la mise en œuvre du projet. Toutefois, l'autorisation de tous les participants a été obtenue avant l'enregistrement de l'entretien. Le respect de l'identité, de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies sont garantis. Tout nom utilisé dans cette recherche sera un pseudonyme.

5. Méthodologie volet « Santé sexuelle et reproductive »

5.1. Critères d'inclusion

L'inclusion des adolescents pour ce volet a respecté les critères suivants :

- Avoir faire sa transition vers un site adulte
- Avoir un âge compris entre 15 et 26 ans
- Etre sexuellement actif ou non
- Accepter de participer à l'étude

5.2. Echantillonnage

Tous les participants à cette enquête ont été sélectionnés dans la base de données du projet. A partir des contacts, ceux qui étaient disponibles, ont été conviés aux fins de faire la connaissance

de l'assistante de recherche chargée de la collecte des données et de discuter des modalités de la réalisation de l'activité.

Taille de l'échantillon

En tenant compte du principe de saturation, nous avons arrêté un total de trente-huit participants pour ce volet de la recherche qualitative. Il s'agit d'un principe utilisé comme signal de fin lorsque, à chaque nouvel entretien, on obtient de moins en moins d'informations nouvelles,

5.3. Techniques et outils de collecte de données

La discussion de groupe et l'entretien individuel ont été mobilisés notamment pour cette collecte de données. Le guide d'entretien est l'outil de référence pour la conduite des différents entretiens. Ils ont porté sur la connaissance des adolescents en santé sexuelle et reproductive (SSR), le partage de sérologie, leur entrée ou non en vie sexuelle et le choix du partenaire. Ils se sont déroulés en langue française et enregistrés sur dictaphone après approbation des participants. Au final, il y a eu deux focus group et vingt-quatre entretiens individuels.

II. Résultats

R1. Résultats volet « Transitions »

R1. 1. Les adolescents

Caractéristiques démographiques

Nous avons inclus trente-trois (33) adolescents dont dix-huit (18) jeunes femmes et quinze (15) jeunes hommes. L'âge minima était de 19 ans et le maximal, 28 ans.

Connaissance du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

Dans cette partie, il a été question pour nous de savoir si les adolescents connaissent le projet, comment le définissent-ils et de sonder ce qui est connu de la transition.

Trente-et-un (31) adolescents sur le total reconnaissent le projet par sa dénomination comme l'affirme ce participant :

« Oui, je connais le projet transitions », un participant.

Parmi les deux adolescents qui n'expriment pas une connaissance du projet, l'un affirme qu'on leur a parlé du projet sans insister sur le nom :

« Non, je ne connais pas la transition. On ne nous a pas parlé du projet comme ça. On ne nous a pas dit le nom du projet », un participant.

L'autre, une fille, l'identifie à travers son moniteur.

« Non, je ne connais pas la transition. Je sais qu'il y a un projet qui nous accompagne. C'est Dr Samuel qui nous a parlés de ça », une participante.

Ces participants ont défini la transition en termes de transfert, passage et accompagnement. De façon générale, les adolescents sont unanimes sur le fait que la transition est un projet qui assure le passage ou le transfert du site pédiatrique vers le site adulte. Comme l'affirme cette participante :

« Le projet transition essaie d'assurer le passage de l'état d'adolescence à l'état d'adulte, c'est-à-dire le transfert du participant, du patient en question d'un site d'adolescence vers un site adulte », une participante.

Dans l'ensemble, les adolescents ont identifié les groupes de paroles, les sorties et les formations comme les différentes activités mises en œuvre par le projet. Comme l'illustre le discours de ce participant :

« On a eu à participer à des rencontres (...). Il y a aussi des sorties que nous menons dans des coins (...). Il y a des journées aussi de formation que nous menons avec les pairs éducateurs, les journées de projection de films sur la maladie », un participant.

Les groupes de parole se sont révélés, au cours des entretiens, être l'activité la plus appréciée durant ce processus. Une participante nous confie ceci :

« Avec la transition, ils ont intégré les groupes de paroles. C'est la partie qui me plaît le plus dans la transition. Les groupes de paroles, il y a tout le temps des thèmes pertinents où tu sais que si tu viens, tu vas apprendre. Tu vas poser des questions, tu auras des réponses », une participante.

En ce qui concerne les formations sanitaires impliquées, deux catégories d'adolescents ont été identifiés. La première concerne ceux qui ne savent pas que le projet se déroule sur plusieurs sites, comme le témoigne ce jeune homme :

« Je ne sais pas qu'il y a d'autres hôpitaux qui sont dans le processus là », un participant.

La deuxième, regroupe ceux qui savent que le projet se déroule sur plusieurs sites. Parmi eux, il y a ceux qui ont cité les formations sanitaires dans leur ensemble et ceux qui ne peuvent les citer totalement, comme cette participante :

« C'est Bogodogo, Yalgado, Pissy, voilà. C'est ce que je connais », une participante.

En outre, certains ont ajouté que le projet donne la possibilité de faire un choix de site parmi les formations sanitaires retenues pour le projet telles que le CHU Yalgado Ouédraogo, la pédiatre Charles De Gaulle, les CMA de Bogodogo, de Pissy et de Kossodo. La plupart choisissaient le site le plus proche de leur domicile.

Vécu et expérience de la transition

Dans cette partie, les adolescents ont partagé avec nous, ce qui les a marqués dans ce projet et les capacités obtenues durant ce processus.

Pour les adolescents, la transition est une belle expérience. A l'unanimité, ils affirment que le projet est d'un grand soutien qu'il soit financier ou médical avec des accompagnants disponibles et à l'écoute. Certains l'ont vécu comme une libération, d'autres comme un soulagement. Une participante nous dit ceci :

« Je dirais que j'attendais la transition là depuis longtemps parce que je voulais vraiment quitter la pédiatrie, pas parce que les médecins ne me convenaient pas. C'est le cadre même qui ne me convenait plus. Donc, l'arrivée de la transition là, j'ai aimé, j'ai tout de suite répondu oui ! », une participante.

D'autres encore ont souligné, être plus épanouis et à l'aise au site adulte qu'à la pédiatrie. Car, ils ont enfin la possibilité d'avoir des réponses à toutes sortes de questions et d'intégrer des associations de jeunes. Ils ont également des pairs éducateurs avec lesquels ils partagent leurs difficultés. Un adolescent qui, au début de la transition avait des doutes, a fini par apprécier le projet. Il dit :

« C'était à pédiatrie Charles De Gaulle. On a proposé [le projet transition], j'ai accepté aussi. Mais je ne le croyais pas. Au début, je pensais que c'était un moyen pour nous libérer de là-bas et puis on va se divaguer. Mais par la suite, ça s'est bien passé », un participant.

Comme pour renchérir, une autre ajoute :

« A l'hôpital, les docteurs, je peux dire qu'ils sont très accueillants », une participante.

Au niveau personnel, les participants estiment que le projet les a sortis de l'ignorance. Il a favorisé l'affirmation de soi, l'observance. D'autres sont devenus autonomes, responsables, consciencieux, plus confiants, motivés, ouverts d'esprit et plus sociables.

Quatorze adolescents sur trente-trois affirment que le PACTE a contribué à améliorer leur connaissance de la maladie comme l'illustre l'affirmation de cette participante :

« En tout cas avant là, j'avais des soucis par exemple à propos de mon statut mais pendant les rencontres j'ai appris beaucoup de choses que si tu vis avec ça [l'infection à VIH], il n'y a même pas de problèmes. Tu peux vivre normalement. Tu peux vivre longtemps même », une participante.

La confiance en soi a été évoquée par dix des adolescents interrogés. Une des jeunes filles affirme ceci :

« Le projet nous a permis à avoir confiance en nous. De ne pas nous laisser faire quoi, pour ne pas avoir tout le temps honte, que non, j'ai telle maladie, je ne dois pas faire ça, je ne dois pas faire ça », une participante.

Pour renchérir, un participant ajoute :

« Ça m'a appris qu'on ne peut pas s'apitoyer sur son sort. Il y a fort longtemps (...) je ne voulais jamais avancer. Jamais. Mais avec le projet... J'ai vu qu'il y avait plein de perspectives. Ça m'a beaucoup appris, franchement », un participant.

Certains parmi eux, sont devenus autonomes grâce à la transition. Désormais, ils peuvent aller à leur rendez-vous sans être accompagnés par les parents. Cet aspect a été affirmé par neuf adolescents sur le total comme l'illustre le discours suivant :

« Avant, je partais avec la maman jusqu'à peut-être mes 20 ans, elle m'accompagnait toujours. Elle n'avait pas trop confiance [...]. Mais, après la transition tout ça, a cessé. Je pars seul. C'est moi-même, je m'occupe de moi à l'heure-là. Quand ça [les médicaments] commence à finir là, je sais que tel jour je dois partir [à la formation sanitaire]. Donc je n'ai plus de compte à rendre à quelqu'un. Je connais les papiers, je connais le nom des produits. C'est ça l'essentiel, être autonome », un participant.

Une autre participante ajoute ceci :

« Et bien tu te sens grande. Tu te sens responsable. Tu vas faire tes consultations, seule. Tu parles avec celui qui te consulte. Il te dit ce qu'il y a. On te prend en grande personne. [...] Ce n'est pas comme à la pédiatrie là, quand on consulte les enfants, on parle avec tes parents », une participante.

Selon encore certains adolescents, grâce au projet, l'observance dans la prise des anti-rétroviraux a été améliorée. Ce résultat est évoqué par quatre adolescents comme l'affirme ce participant :

« Ils nous donnent des conseils de bien prendre les produits. Ça [les conseils] m'a donné au moins le

courage de bien les prendre et à l'heure aussi parce que je ne prenais pas à l'heure. Je peux prendre [les médicaments] mais pas à l'heure forcément », un participant.

Par ailleurs, une adolescente affirme avoir pardonner à ses parents, accepter sa maladie grâce à la transition. Elle raconte ceci :

« Lorsqu'on m'a transférée, j'ai su que je suis devenue quelqu'un d'autre. (...) Je dois prendre soin de moi, être fière de moi et aussi de mes parents (...) Avant, (...) Moi, avec mes parents, on ne s'entendait même pas à cause de ça [l'infection à VIH]. Mais avec la transition, on m'a appris qu'eux aussi ne souhaitaient pas que ça soit ainsi. Donc, moi aussi j'ai pris conscience et j'ai pardonné (...) Je me suis acceptée aussi telle que je suis. Et c'est par là aussi que j'ai eu la paix du cœur et la joie de vivre », une participante.

Un autre participant a pu annoncer son statut à des personnes extérieures à son environnement familial. Il dit :

« Ce mal qu'on a, c'est comme un secret qui pèse tellement lourd que parfois, il faut le partager avec les autres pour se sentir un peu léger. Avec le projet, j'ai pu annoncer mon statut à plus de deux personnes, pas des membres de ma famille, juste des amis. Et ça a marché. Le projet, en tout cas, ils nous ont indiqué les marches à suivre. Et avec ces amis, je me sens un peu léger », un participant.

Perception du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

Les adolescents interrogés pensent dans leur ensemble que les groupes de parole initiés par le projet constituent une bonne initiative. Selon eux, ils permettent de faire des rencontres, de partager des expériences, d'acquérir des connaissances et surtout d'avancer.

Concernant les consultations conjointes, une des participants pense que la présence des médecins de la pédiatrie donne de l'assurance à l'adolescent. Une partie affirme perdre beaucoup de temps à l'hôpital pour honorer leur rendez-vous pour les consultations et d'autres pensent le contraire.

Du point de vue d'une bonne partie des participants, l'accompagnement des pairs éducateurs est une bonne chose. Cependant, plus de la moitié des enquêtés n'approuvent pas leur première rencontre. D'après eux, elle est non préparée et brusque. Cette première rencontre a suscité de

la peur parce que d'une part, ils ne les connaissaient pas et d'autre part, ils appréhendaient les questions. Ce ressenti nous a été signalé par quatre adolescents lors des entretiens. L'un d'eux disait :

« Il [le docteur] m'a dit de sortir voir les jeunes. Maintenant, moi je ne les connais pas peut-être ce sont des civils [des personnes non infectées], peut-être qu'ils peuvent sortir de quelque part pour venir connaître [notre statut] et puis aller partager. C'est bizarre. Ce jour-là, moi je ne suis pas allé. Moi j'ai feinté. », un participant.

Pour eux, le questionnaire n'était pas approprié pour une première rencontre. Car ils comportent des questions « gênantes » voire embarrassantes surtout celles portant sur la sexualité, l'avortement, la consommation de la drogue et de l'alcool. Le discours de cette adolescente justifie ce résultat :

« Quand ils ont posé ces questions-là, il y a certaine fois où j'étais mal à l'aise. Parlant côté sexualité, avec ça j'étais carrément gênée. En fait, c'est quand tu n'as pas l'habitude d'entendre ces genres de questions, tu ne te sens pas à l'aise », une participante.

Pour renchérir, un autre participant ajoute :

« Il y a des questions là-bas, s'il pose tu ne peux pas répondre. Et lui-même il dit ok "on peut sauter". Les questions, par exemple, côté sexuel, côté alcool, drogue, cigarette. Ce jour-là, on m'a posé toutes ces questions », un participant.

De plus, ils estiment que certains pairs éducateurs n'ont pas été souples dans leur recherche de réponses comme le souligne cette participante :

« Au niveau des questionnaires. Il y avait des questions gênantes. Si je me souviens, il y a deux questions auxquelles, du coup, j'avais dit que je n'allais pas répondre. Mais quand, on m'a forcée à répondre, finalement, je dirais que je n'ai pas donné ce que je pensais au fait des questions, parce que je n'avais pas envie de répondre », une participante.

A l'unanimité, les adolescents ont une perception positive du projet. Pour en parler, ils font usage des mots tels que « bien », « très bonne chose », « bonne initiative », « bénédiction ». D'après eux, le projet transition « sauve des vies » comme le souligne cette participante :

« Le projet Transition sauve des vies parce qu'il y a certaines personnes qui ne respectaient pas les rendez-vous peut-être qu'ils n'ont pas de transport pour venir. Mais comme ils ont mis les transports. Il y a certaines personnes qui grouillent pour venir en espérant qu'ils vont avoir de carburant pour repartir chez eux à la maison », une participante.

En outre, il présente beaucoup de points positifs à savoir : l'accompagnement des pairs éducateurs, des médecins, des psychologues, les groupes de parole, les formations, la mise sur pied d'associations, la disponibilité et la gratuité des produits, l'appui financier, les bons d'examen médicaux, le renforcement des liens sociaux, la disponibilité et une meilleure écoute des médecins, l'implication des adolescents et leur interpellation sur la réalité de l'infection.

La totalité des adolescents enquêtés ont identifié l'appui financier comme un des points forts du projet. Ils affirment que le projet a épargné beaucoup de jeunes de la délinquance et de la rue car il participe au paiement des frais de formations (études ou formations diplômantes), achète des fournitures, supportent 90% des frais médicaux et assure le déplacement pour les différentes activités et consultations. Une des participantes l'explique en ces termes :

« (...) ça [la transition] m'a beaucoup aidé et surtout ça a beaucoup aidé ma maman. Si ce n'était pas eux, à l'heure-là on était foutu. (...) J'étais tombée malade. J'avais les maux de tête, les maux de ventre donc on m'a donnée des scanners à faire. Le projet m'a aidée et puis j'ai pu faire. Avec mes yeux aussi, les verres correcteurs, c'est eux aussi qui ont payé pour moi. Il y a des gens, écoles c'est eux qui payent. Par exemple les formations, c'est eux qui payent. L'année passée, on [la transition] a payé les fournitures pour moi. Vraiment je les remercie beaucoup », une participante.

Pour renchérir ces propos, une autre dit ceci :

« Ça [la transition] permet de ne pas aller se mettre dans les mauvais trucs quand tu sais en tout cas que tu peux compter sur quelqu'un. Et puis, ça fait aussi que la personne ne se sent pas à l'écart des autres ; la personne se sent même chose que les autres », une participante.

Egalement dans leur totalité, les adolescents affirment que la transition a contribué au renforcement des liens sociaux en créant une solidarité entre eux. Ils ont pu faire des rencontres, se connaissent mieux et ont le sentiment d'appartenir à un groupe. Une participante souligne

qu'avant cette initiative, ils pouvaient venir en consultation sans se parler. Mais actuellement, ils échangent sur place et à travers les réseaux numériques. Certains peuvent même céder leur tour de passage lors des consultations pour permettre à d'autres de vite retourner à leur occupation.

Environ la moitié des participants souligne avoir notée la disponibilité et une meilleure écoute des soignants pendant la mise en œuvre du projet. Le discours de cette adolescente étaye mieux ce résultat :

« À la pédiatrie, on n'a pas le temps de causer comme ça. Mais ici, on a le temps de causer. (...). Chacun est libre de parler de ce qu'il veut. Mais à la pédiatrie même si on te dit de parler, tu n'oses même pas puisse que les docteurs ne sont pas disponibles pour t'expliquer tout. Même s'ils sont disponibles, ils ne sont pas nombreux. Comme là-bas on est nombreux, ils n'ont pas le temps pour pouvoir nous expliquer un à un. Mais ici, en tout cas c'est bien. Ici, si tu poses une question seulement, ils essaient de te répondre. Ils te répondent même si c'est pas ce que tu veux au moins ils te répondent. Je trouve que tout ça, c'est bien », une participante.

Plus de la moitié des adolescents interrogés ont fort apprécié l'appui psychologique du projet. Une d'entre eux affirme qu'elle se sent privilégiée d'avoir l'accompagnement d'une psychologue qu'elle appelle à chaque fois qu'elle a des petits soucis car *« tout le monde ne gagne pas ça »*.

Certains participants, affirment que grâce au projet, ils se sont rendus compte que beaucoup de jeunes souffraient de cette infection.

Certains aussi apprécient la disponibilité et l'accessibilité des produits depuis le début de ce processus de la transition comme le dit ce participant :

« (...) Maintenant, nous, on part prendre les produits, je peux dire cadeau. C'est un grand cadeau qu'on nous a faits. Les gens payaient les produits. Mais nous, on a eu un grand avantage », un participant.

D'autres adolescents affirment que le projet a favorisé leur implication dès le début du processus.

« Au début, on nous a convoqués pour nous présenter les salles et tous les docteurs. Or que sans

le projet, je ne crois pas qu'on allait le faire », un participant.

Il renchérit pour dire :

« Sans ce projet, on allait souffrir pour le changement [la transition vers le service adulte] parce que ça [le projet] nous facilite vraiment la tâche. Par exemple, au niveau des examens [médicaux], des fois on peut aller pour faire des examens. Souvent, ils refusent de faire le prélèvement. Et, c'est le projet qui va intervenir. Et puis, il y a des fois, on part à Charles De Gaulle faire les examens. Et puis, on nous envoie le résultat. Ce n'est pas nous, on part chercher. On nous envoie le résultat ».

Au regard de ces bienfaits, la fin de ce projet est non perceptible par les participants qui souhaitent sa pérennisation.

« Je ne veux pas que ça [le projet] finisse parce que ça [le projet transition] nous aide beaucoup ».

Ce sont les propos d'une jeune fille lors des entretiens individuels avec les adolescents. Certains souhaitent l'ouverture du projet transition à d'autres régions du Burkina Faso comme l'illustre l'affirmation suivante :

« Moi, je souhaiterais que ça quitte même Ouagadougou pour aller dans certaines provinces, si possible pour que les autres enfants puissent bénéficier aussi comme nous », un participant.

D'après les participants, il existe de deux (02) associations de jeunes : AJLV (l'association des jeunes pour la lutte contre le VIH) et AJOIA (l'association des jeunes et orphelins infectés et affectés par le VIH Sida). La première aurait bénéficié notamment du renforcement de capacité de ses membres et du financement de leurs activités à travers le projet transition. La deuxième est celle qui a vu le jour avec le projet et regroupe l'ensemble des pairs éducateurs. Elle bénéficie de la part du projet des mêmes avantages que la première association. La plupart des interrogés sont membres de ces associations. Leur participation aux activités des associations est conditionnée par l'information reçue et leur disponibilité. Certains paient les cotisations, d'autres ne le font pas car ils disent ne pas avoir la possibilité. Parmi ceux qui paient, d'autres ont arrêté parce qu'ils estiment ne pas connaître la finalité des cotisations.

Malgré les bienfaits du projet, les adolescents nous ont fait part de quelques points du projet à revoir tels que : le changement du délai de ravitaillement (3 mois), la non disponibilité des

réactifs à la clinique partenaire, la complexité de la procédure d'utilisation des bons d'examen, le début tardif des consultations, la longue attente pour montrer le résultat d'examen demandé, l'accès difficile du moniteur du projet, une solidarité plus concentrée au niveau des responsables d'associations, une faible communication sur la finalité des cotisations, le non-paiement des cotisations mensuelles par les responsables des associations, une faible communication sur les frais de transport lors des activités, une faible écoute de certains pairs éducateurs, l'absence de la diversification de centre de santé et de pharmacie pour l'utilisation des bons, l'absence de communication sur la présence des pairs éducateurs dans le projet, l'absence de mise en contact en amont avec les pairs éducateurs, la jeunesse des pairs éducateurs, le court délai entre l'inclusion et le transfert, la rupture et les difficultés d'approvisionnement de produits au niveau des formations sanitaires.

Face à ces difficultés, ils ont fait plusieurs suggestions. Elles concernent les pairs éducateurs, les questions, les médecins, les bons d'examen clinique, le transfert, les consultations et le soutien financier.

Concernant les pairs éducateurs, les participants proposent une mise en contact préalable avec les pairs éducateurs pour faire connaissance avant le début des activités comme le dit ce participant :

« Quand on va attendre qu'il y a une transition, ceux qui seront concernés, on n'a qu'à faire une présentation afin de permettre aux jeunes à la pédiatrie de faire leur connaissance », un participant.

Et, un autre, ajoute :

« Que les médecins nous disent que les pairs éducateurs sont comme nous. S'ils nous avaient prévenu qu'ils étaient comme nous, qu'on le sache, là, on n'allait pas avoir peur parce qu'on ne sait pas à qui on à faire. Il faut que nous aussi, on fasse attention à ne pas divulguer ça [notre statut] à n'importe qui », un participant.

Pour les questions sur les points embarrassants, ils proposent qu'elles soient introduites de façon progressive ou que le questionnaire soit auto-administré pour ceux qui sont alphabétisés en langue française.

Ils souhaitent que les médecins encouragent les parents à l'annonce précoce du statut à l'enfant pour lui permettre d'éviter de créer des dégâts irréparables. De plus, qu'ils s'organisent pour

libérer le plus vite possible les patients qui viennent juste présenter les résultats des divers examens médicaux et penser à limiter le nombre de soignants dans la salle de consultation.

Pour les bons d'examen, ils proposent de diversifier le partenariat et de faire des cartes de santé pour les participants du projet afin d'éviter les tracasseries.

D'autres ont aussi souhaité que l'information sur le transfert au site adulte commence plus tôt à la pédiatrie, à défaut de personnaliser les conditions du transfert, il faut revoir le délai entre l'inclusion et le transfert.

Au niveau des consultations, qu'ils aient la possibilité de réaménager les rendez-vous en cas d'absence et qu'un traitement spécial soit réservé aux élèves lors de l'approvisionnement.

Pour le soutien financier, une augmentation du taux de subvention des projets a été suggéré. Aussi, demandent-ils des recommandations pour l'insertion professionnelle des jeunes diplômés.

R1.2. Les pairs éducateurs

Caractéristiques démographiques

Les entretiens individuels ont été réalisés auprès de dix pairs éducateurs. Ils étaient six jeunes femmes et quatre jeunes hommes. Leur âge varie de 19 ans à 30 ans pour une moyenne de 24,7 ans.

Connaissance du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

Pour les pairs éducateurs, la transition est un projet d'accompagnement des jeunes des sites pédiatriques vers les sites adultes. Un pair éducateur, l'énonce en ces termes :

« La transition permet d'assister les jeunes, les accompagner pour commencer par se soigner dans le groupe des adultes », un participant.

A l'unanimité, ils ont identifié cinq formations sanitaires impliquées dans la mise en œuvre de ce projet. Il s'agit des CMA de Bogodogo, de Pissy de Kossodo, le CHU Yalgado et la pédiatrie Charles de Gaul (un pair éducateur).

L'écoute, les conseils, l'animation des groupes de parole, le rappel des rendez-vous, des examens de suivi et l'intermédiaire entre le jeune et le soignant résument selon les pairs éducateurs leur rôle au sein de ce processus d'accompagnement.

Vécu et expérience de la transition

L'ensemble des pairs éducateurs enquêtés considère le projet transition/le PACTE comme une innovation. En effet, des dix pairs éducateurs, la moitié affirme ne pas avoir eu cet accompagnement dont bénéficient les jeunes actuellement :

« Moi, (...) ma transition, on m'a dit juste que je suis un peu grande que de venir maintenant au niveau des adultes. On n'a pas eu de suivi comme cela et c'était un peu brusque pour moi », une participante.

Comme pour renchéris, un des pairs éducateurs revient sur le caractère brusque de son départ pour le site adulte :

« (...) moi mon cas, (...) Un beau matin, j'arrive à l'hôpital, ils [les médecins] m'ont dit que non, 'toi, tu n'es plus ici, tu es en phase adulte''. Je dis : « hé ! ». Ça a été comme ça. Ça a été brusquement comme ça. La transition, je pense que c'est la meilleure manière de faire transiter un jeune sans avoir d'effets sur le jeune. Il ne va pas sentir même qu'il a été transité », un participant.

Deux autres ont évoqué leur découverte du site adulte sans passer par la pédiatrie ce qui a accentué leur solitude.

« Moi comme ça, je suis passé en même temps au site adulte. Ce n'était pas facile. [...] arrivée au site adulte, on te dit déjà tout : " Il faut bien prendre les produits. Si tu ne prends pas bien les produits, tu vas mourir." C'est direct. Au moins à la pédiatrie, on te chouchoute tout ça. On essaie de te comprendre aussi. Pour qu'au moins tu puisses t'appréhender au moins les produits. Sinon le site adulte, ça, c'est un peu pressé, pressé quoi », un participant.

Alors que ces jeunes qui viennent de la pédiatrie grâce au projet transition, *« ils se sont créés une amitié de tel point que quand tu les vois, on ne se rend pas compte que ce sont des divers horizons. C'est comme une famille en quelque sorte », un participant.* Pour deux d'entre eux, ces jeunes du projet transition sont très chanceux comme le mentionne ce pair éducateur dans son discours :

« Je peux dire que les jeunes qu'on a eu à transiter sont plus chanceux par rapport à nous puisque qu'à l'époque, nous, on n'a pas eu de pair éducateur pour

nous conseiller, pour nous accompagner. Mais à l'heure où nous sommes, la plupart des jeunes ont des pairs qui les suivent, qui les écoutent. Et en cas de problèmes, de difficultés, les pairs sont à leur écoute », un participant.

Et une autre ajoute :

« En tout cas de la manière dont eux, ils ont eu à se faire transférer, je crois que ça, c'est la meilleure chose », une participante.

En tant que pair éducateur, ce projet a apporté une plus-value à leur vie. Ainsi, quatre d'entre eux ont évoqué l'amélioration de leur observance grâce à la transition. C'est ce que nous explique ce pair éducateur :

« Je dirais que comme tout autre patient, j'ai eu des ruptures aussi dans mon observance thérapeutique. Ce qui m'a poussé, même à avoir cette charge indétectable, c'est la transition. En fait, tu ne peux pas suivre quelqu'un si toi-même, tu ne donnes pas le bon exemple », un participant.

Cinq autres ont fait remarquer l'amélioration de leurs conditions de vie grâce à leur autonomisation financière comme l'affirme ce pair éducateur. Il dit :

« Au départ, on ne faisait rien, mais avec le projet on a eu un emploi. On se débrouille un peu, un peu. On est autonome, on ne dépend plus de la famille », un participant.

Et une autre ajoute :

« Le projet là nous a trop aidés. Avant là même, tu ne pouvais même pas avoir 5 francs même pour payer savon pour pouvoir laver tes habits. Si tu es toujours en charge aussi l'entourage aussi, on te néglige. On te discrimine trop aussi, mais en tout cas vraiment je me sens bien à l'aise maintenant », une participante.

Une autre encore dit ceci :

« Au début de ça [projet transition], on n'avait pas de moyens pour se déplacer. Mais grâce au projet aussi, on a un peu de soutien, ça nous aide beaucoup aussi », une participante.

Sept des dix, estiment avoir améliorés leur compréhension de l'infection à VIH grâce aux différentes formations suivies, être plus responsables, se rendre compte de la réalité de cette maladie et du nombre de personnes concernées. Le discours de cette enquêtée étaye ce résultat :

« Nous-mêmes, étant pairs, ça nous motive à être responsables puisse qu'on doit montrer le meilleur de nous pour que les jeunes soient rassurés », une participante.

La moitié des pairs éducateurs interrogés rapportent être beaucoup plus en confiance, plus sociables et plus ouverts d'esprit. Même la relation avec les soignants s'est améliorée comme l'affirme cette enquêtée :

« Au début ce n'était pas une bonne expérience puisque les médecins ici n'étaient pas très accueillants. Ils faisaient un peu peur et tout, donc ça, nous, on évitait un peu. Quand tu penses que tu dois venir ici, tu as peur. Donc ça mettait un peu la peur en nous pour pouvoir venir lors des consultations. C'est ce qui faisait que je ratais un peu mes consultations et tout. Mais maintenant, ça va avec les médecins. On cause avec eux, maintenant ça va », une participante.

Perception du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

Le PACTE est perçu positivement par les pairs éducateurs interrogés sans exception et les raisons évoquées sont de divers ordres. Selon ces derniers, les jeunes sont accompagnés comme le dit ce pair éducateur :

« Ces jeunes, ils ont eu la chance parce que j'ai vu qu'il y a beaucoup de personnes qui se préoccupent telles que le Regipiv, le projet de transition et puis les médecins. Elles font tout leur possible pour les aider dans cette transition-là. Mais, ceux qui ne sont pas passés par le projet transition (...) c'est se sentir seul et abandonné. Tu vois que tu soulèves toi seul ton propre poids », un participant.

Ils sont écoutés et ont des référents à qui s'adresser au besoin ; il a permis d'éviter le renoncement au traitement, les perdus de vue et certainement contribuerait à la baisse de l'ampleur de l'infection dans cette tranche d'âge. Le projet leur a permis de former une famille avec les autres membres, de bénéficier des formations. Deux sur les dix interrogés ont évoqué l'implication des parents dans le suivi médical de leurs enfants et la création de l'association

AJOIA. Ce qui leur donne le sentiment d'être beaucoup plus utiles comme le montre ces propos d'un pair éducateur :

« Le projet transition nous a permis aussi de créer l'association AJOIA pour plus participer à la lutte là. On voit qu'on n'est pas inutile quoi parce que, avant on était inutile. Si on ne te considère pas chez toi à la maison tout ça et que, ici on te considère, à l'hôpital, on te considère soit à l'association, on te considère, ça te permet même de pouvoir te relever, de pouvoir prendre tes produits », un participant.

La moitié de ceux interrogés ont souhaité que le projet soit reconduit et qu'il aille au-delà de Ouagadougou. Une paire éducatrice nous dit ceci :

« Je souhaite que ça [le projet transition] continue. S'ils peuvent faire presque dans toutes les régions parce que ce n'est pas Ouagadougou seulement qui fait le Burkina. De la façon dont ça m'a poussée, je sais qu'il y a d'autres qui veulent que ça vienne juste vers eux et puis ça va aller », une participante.

Et à un autre d'ajouter :

« Je trouve que le projet était une meilleure solution [...]. Mais si le projet va vraiment prendre fin, je pense qu'on risque d'avoir réellement de nombreuses difficultés avec les jeunes puisque que c'est à travers nous également que d'autres jeunes arrivent à s'exprimer et à faire valoir leurs problèmes », un participant.

Un des pairs éducateurs a souligné l'importance de réitérer le rôle des pairs éducateurs. Selon lui :

« Le pair éducateur est indispensable aujourd'hui parce que les médecins ne peuvent pas tout faire. Et puis, le médecin ne peut pas bien causer. Jeune médecin, ça ne peut pas. Entre nous, jeunes, on se comprend, on sait comment parler, tout ça. Mais le médecin lui déjà, il est pressé. Et puis vu qu'il a d'autres patients, il veut "juste faire" disons pas trop d'affinité, quoi », un participant.

Ce dernier plaide pour une professionnalisation de leur rôle :

« Je ne sais pas si on peut faire ça [pair éducateur] comme une profession. Il y a d'autres même qui

essaient de voir est-ce qu'il [pair éducateur] peut se faire comme un boulot. Vous même vous savez qu'il y a beaucoup de jeunes qui vivent des difficultés. À la maison, ce n'est pas facile, vu ce qu'on vit là. À la maison, ce n'est vraiment pas facile », un participant.

Cependant, dans l'exécution de leur rôle, les pairs éducateurs ont rencontré des difficultés avec les jeunes, le questionnaire et aussi au niveau de l'organisation du projet.

Selon eux, la plupart des jeunes sont difficiles d'accès, trop renfermés, agressifs et attachés à la motivation financière pour la participation aux activités. Ils sont absents lors des activités et ont une préférence pour les activités entre jeunes que les groupes de parole. Les questionnaires ont posé de problèmes lors de l'inclusion.

Au niveau de l'organisation, ils ont noté le harcèlement de certaines par les soignants, l'absence de cadre pour des causeries à l'hôpital, les informations tardives, une écoute peu active de leur supérieur hiérarchique, sa pression et son manque de courtoisie, la superposition des activités du projet à leur obligation personnelle et la non disponibilité des bons de frais médicaux pour les pairs éducateurs.

Ils suggèrent donc de présenter les pairs éducateurs aux parents dont les enfants sont impliqués dans le projet. De plus, pour faciliter le contact et instaurer la confiance entre le jeune et le pair éducateur, ils souhaitent « *qu'on essaie d'instaurer les pairs éducateurs depuis la pédiatrie* ».

Ils proposent de maximiser les activités du projet pendant les vacances et rassembler tous les sites en même temps, d'être plus explicite au niveau du questionnaire, de mieux organiser les activités de telle sorte que les informations leur parviennent à temps, de les accompagner dans la prise en charge des frais médicaux, de veiller à la disponibilité des jeunes avant de les recruter comme pairs éducateurs, d'aider pour les unités et le déplacement vers les formations sanitaires, d'être plus explicite au niveau des questionnaires, de sensibiliser les médecins pour la prise en charge rapide des jeunes lors des consultations et de disponibiliser un cadre pour les causeries à l'hôpital.

R1.3. Les soignants

Caractéristiques démographiques

Nous avons réalisé les entretiens individuels auprès de quinze soignants dont quatre infirmiers et infirmières, six médecins, deux attachés de santé en pédiatrie, deux médiateurs et un

psychologue. Ils sont sept femmes et huit hommes. Le plus jeune a 32 ans et le plus ancien a 60 ans.

Connaissance du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

Pour définir la transition ou pour parler de ses objectifs, les mots les plus utilisés par ces soignants sont : accompagnement, transfert, préparation, aide, disponibilité, atterrissage en douceur et autonomie. Pour tous les soignants, le projet est multicentrique et huit sur les quinze interviewés ont identifié cinq formations sanitaires qui mettent en œuvre la transition telle que le Centre pédiatrique Charles de Gaulle, le CHU Yalgado, les CMA de Pissy, de Bogodogo et de Kossodo.

Pour ce qui est de leur rôle dans le projet, il dépendait de leur catégorie. Les médecins sont des cliniciens et étaient parties prenantes pour les inclusions et les consultations conjointes. Les psychologues écoutent et conseillent les adolescents. Les infirmiers et les attachés de santé en pédiatrie étaient chargés entre autres de remplir les fiches, de faire des prélèvements, de la dispensation et de l'éducation thérapeutique. Enfin, les médiateurs avaient en charge de proposer des listes d'adolescents à inclure et d'informer non seulement les adolescents mais aussi leurs parents sur les avantages que présentent le projet.

Perception du processus d'accompagnement coordonné de transition (PACTE)

De façon globale, les soignants ont une perception positive de ce projet. Cela s'explique par plusieurs points relevés des entretiens.

Des quinze soignants, sept ont dénoncé l'inexistence d'un mécanisme de transfert des adolescents des sites pédiatriques vers les sites adultes. Un participant affirme que :

« Avant le projet, (...) les quelques-uns qu'on arrivait à transférer c'est avec difficulté. (...). Je peux dire que c'est avec douleur. Même s'ils partent, ils continuent à venir chez nous [la pédiatrie]. (...). C'était difficile », un participant.

Un autre nous explique les conditions dans lesquelles ce passage était effectué en ces termes :

« Avant même transition, on n'avait pas de pratique pour accompagner. Mais par notre propre initiative (...) on communique avec les médecins et on transfère. On dit, il y a tel ou tel patient qui va venir, mais on n'est jamais allé accompagner les ados. C'est l'ado même qui part. Parfois, on donne simplement les téléphones des médecins s'ils permettent. (...). Arrivée sur le site, il peut appeler

et puis, il prend rendez-vous. Et puis, il vient si le médecin fixe un rendez-vous, mais c'était vraiment très difficile parce que les ados n'étaient pas prêts pour aller seuls », une participante.

Pour renchérir, un autre soignant ajoute :

« L'enfant qui est transféré de la pédiatrie à la file active adulte, quand il vient, on le met dans le lot et il continue », un participant.

Ainsi, tous se réjouissent d'une part de la mise en œuvre de la transition comme l'exclame cet enquêté :

« C'est une première de voir vraiment la transition, et d'autre part, de disposer d'une manière standardisée et coordonnée par rapport à comment faciliter le passage de ces enfants des sites pédiatriques vers les services de prise en charge des adultes », un participant.

Deux soignants ont affirmé que le projet transition a rendu possible le passage des adolescents des sites pédiatriques vers les sites adultes comme le montre le discours d'une des participantes :

« Avant la transition, il faut dire que c'était très difficile. Il y a des enfants, c'est plus des enfants hein, (...) Il y en a c'est 'je ne pars pas'. Ça posait problème et souvent même ils disparaissent. Mais je ne sais pas par quel bâton magique avec la transition ça a pu se faire », une participante.

En outre, la transition est faite selon un de nos participants « de façon progressive sans que la rupture avec la pédiatrie ne soit pas de façon brutale » et « ça [la transition] nous a permis de revoir nos standards à la baisse, de les [les adolescents] écouter et puis de remonter les pentes avec eux ».

Les soignants soulignent que la transition a permis non seulement de « désengorger la pédiatrie » mais aussi « quand même d'être vraiment ce que nous devons être comme pédiatrie et puis laisser les adultes aussi gérer leurs malades ».

Selon deux autres soignants, la transition a contribué à avoir des enfants plus responsables. Dans l'un de nos entretiens, une enquêtée nous a confiés que « les jeunes ont grandi du coup ». Et une autre nous a racontés que la transition a aidé une fille qu'elle a proposé comme paire éducatrice à grandir « parce que du coup elle est devenue autonome. C'est elle qui suit ses camarades. Quand il y a un rendez-vous, elle est là. Alors qu'avant c'était ses parents qui l'accompagnaient quand bien même qu'elle était grande. Elle était toujours accompagnée ».

Le renforcement des relations entre soignants est aussi un point positif identifié lors des entretiens. Il a été soutenu par quatre soignants et l'affirmation suivante résume au mieux ce résultat :

« Le projet va mettre deux équipes qui ne travaillaient pas ensemble, ensemble. C'est à dire que (...) c'est deux équipes, pédiatrique et adulte, qui ne se frottaient pas trop, qui vont parler de la même chose. Donc du coup il y a un transfert d'informations de l'équipe de pédiatrie vers l'équipe "adulte". Ça, c'est un point positif », un participant.

Aussi, ils ont noté une amélioration de la fréquentation des formations sanitaires par les adolescents comme souligné dans ce discours :

« Le projet a permis de résoudre beaucoup de petites difficultés qui bloquaient la venue de nos malades dans les formations sanitaires », un participant.

Ce résultat est motivé par les nombreux avantages que présentent le projet selon quatre soignants. L'un d'eux, affirme ceci :

« Avant la transition, je crois qu'il n'y avait pas certaine mesure d'accompagnement (...) actuellement, les enfants arrivent à faire toutes sortes d'analyses gratuitement, faire régulièrement le bilan, le traitement, l'accompagnement psychologique, c'est vraiment un plus. Les enfants sont vraiment à l'aise. (...) On ne peut pas espérer plus que ça », un participant.

Ce sont des avantages auxquels certaines files actives n'ont pas accès comme le dit cet enquêté :

« Ça c'est un plus parce que la file active qui était là souvent les enfants on donne des bilans, ils n'ont pas de moyens et c'est compliqué ». Car « sur les papiers, c'est dit que la prise en charge du VIH est entièrement gratuite mais la réalité est autre. (...) en dehors de la charge virale et des CD4 qui sont gratuits, les autres bilans sont payants » ajoute un participant.

En plus de tout ça, il y a la création de deux associations de jeunes, l'organisation systématique des groupes de parole « après chaque consultation conjointe », l'accompagnement du moniteur

et surtout l'appui des pairs éducateurs considéré comme « *vraiment un grand apport* » selon un des participants.

Tous ces avantages contribuent au maintien des adolescents dans les soins comme l'affirme cette participante :

« Avec les enfants, depuis que ça [la transition] a commencé il n'y a pas de perte de vue ; ils arrivent à suivre le traitement, ils sont réguliers au rendez-vous », une participante.

Ce qui fait dire aux soignants que le projet transition « *à sauver beaucoup d'adolescents* » car :

« C'est des gens qui à un certain moment de leur vie, ont pensé à tout. À se suicide, à disparaître, mais c'est un regain d'espoir que ce projet vient leurs donner », un participant.

Face à ces points positifs du projet, tous les soignants enquêtés à l'unanimité ont émis l'intention de pérenniser les acquis du projet. Si presque la totalité des enquêtés suggèrent un accompagnement sur le plan financier comme le dit une des enquêtées :

« (...) on a l'envie de continuer mais le projet tire à sa fin ça sera plus les mêmes conditions parlant du moyen financier. S'il n'y a pas de fonds alloués à ça, ce n'est pas évident que ça puisse se réaliser comme on l'a fait avec le projet transition. Si ces adolescents sont toujours accompagnés comme le projet transition l'a réalisé ça allait être la bienvenue », une participante.

Un des soignants pense :

« (...) qu'à la fin du projet, quelle que soit la récupération ou la non récupération, nous, mon équipe et moi, on va s'asseoir. On va voir les points forts et les points à améliorer et on va essayer de continuer cette collaboration-là. Donc ça, qu'on récupère ou pas. Avec le peu de moyens qu'on a et la volonté qu'on a affichée, on va poursuivre ça. Il n'y a rien à faire. C'est un acquis, on ne peut pas laisser tomber les acquis », un participant.

Cependant tous les quinze souhaitent que le projet transition ne s'arrête pas comme l'indique les propos de cet interviewé :

« Si le délai pouvait être plus prolongé et puis l'étendue (...) le projet a touché Ouagadougou. C'est vrai que le pays n'est pas stable. Mais, on aimerait que le projet s'élargisse. D'autres enfants qui sont en profondeur, ont vraiment besoin d'être pris en charge d'être accompagnés. Donc, il faut passer, peut-être à l'échelle. C'est à dire dans la 2ème négociation du projet, il faut voir plus grand, plus long et plus gras. Couvrir le pays, pourquoi pas ? », un participant.

Une autre participante ajoute :

« On souhaite que ça ne soit pas la fin même si ça prend fin, qu'ils n'ont qu'à toujours songé à ces jeunes-là. S'ils peuvent toujours renouveler parce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont dans le besoin. Il y a des enfants qui sont sans familles, la prise en charge, c'est compliqué. La charge virale, c'est pris en charge par les hôpitaux mais maintenant les autres bilans, chacun doit se débrouiller pour faire son bilan. Ceux qui ne travaillent pas, ils n'ont pas de parents, ils font comment. Si le projet peut toujours penser à ces personnes, je pense que ça serait intéressant », une participante.

Toutefois, les soignants ont signalé quelques difficultés dans la mise en œuvre du projet sur les différents sites. Elles sont relatives au temps de formation, à la mobilité du personnel, aux dotations en matériels des services de prise en charge, au remplissage des fiches, à la compréhension des questionnaires, à la communication, à l'absence des adolescents au groupe de parole, à la motivation et à l'implication du personnel soignant.

Ils ont fait des suggestions résumées comme suit :

- Pour les soignants et formations sanitaires : augmenter le nombre de jour de formation du personnel soignant, alléger les supports à remplir, faire les dotations à temps, intégrer le personnel paramédical dans le processus et leur donner des responsabilités, prendre en compte les personnes ressources dans les formations sanitaires, améliorer la motivation du personnel soignant, mettre la motivation à la disposition du service et non pour le personnel, impliquer le service et non le personnel, améliorer la communication sur la gestion des ressources du projet et sur l'arrivée des adolescents dans les sites adultes, améliorer la compréhension des questionnaires, tenir compte du contexte pour l'élaboration des questionnaires,

accompagnement des formations sanitaires dans la pérennisation des acquis du projet, impliquer toutes les formations sanitaires en charge des PVVIH.

- Pour les adolescents : programmer les inclusions pendant les congés ou les vacances, sensibiliser les adolescents sur la fin du projet, personnaliser les frais de transport, permettre aux adolescents de s'épanouir lors des sorties en discutant des sujets autres que le VIH, augmenter les séances de causerie et accompagner les adolescents dans la réalisation de leur projet.

R2. Résultats volet « Santé sexuelle et reproductive »

R2.1. Connaissance en SSR et gestion de la sérologie

Cette partie de la présentation des résultats concerne les discussions de groupe qui portaient sur la connaissance en SSR et la gestion de la sérologie.

Caractéristiques démographiques

Les discussions de groupe ont inclus quatorze participants dont huit jeunes femmes et six jeunes hommes. Parmi eux, huit avaient déjà une vie sexuelle active. Le plus jeune des participants a 16 ans et le plus âgé, 26 ans.

Connaissance sur la santé sexuelle et reproductive (SSR)

Il s'agissait d'abord de sonder ce qui est connu de la puberté, des relations sexuelles, de la virginité, de l'avortement, de la masturbation et de l'homosexualité.

L'homosexualité est le concept ayant reçu plus de réponses de la part des participants. Onze sur les quatorze ont essayé de le définir. Un participant nous disait ce qui suit :

« L'homosexualité, moi, je sais qu'on les appelle des HSH. C'est des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes », un participant.

Suivront la puberté, les relations sexuelles, la virginité, l'avortement et la masturbation. Cependant dans l'ensemble, les résultats montrent une connaissance limitée de ces différents concepts.

Ensuite, ils ont cité plusieurs méthodes contraceptives à savoir : l'abstinence, les méthodes de calcul, le préservatif masculin et féminin, les pilules, les injections, l'implant, le stérilet, le coït interrompu, la ligature des trompes et ovaires.

Ceux qui ont une vie sexuelle active affirment dans leur grande majorité, utiliser les préservatifs surtout pour éviter la contamination de leur partenaire et les infections sexuellement transmissibles (IST) comme l'illustre ce discours d'une participante :

« Avec l'utilisation du préservatif, tu vas permettre à ton partenaire de ne pas contracter la maladie sinon pour ne pas tomber enceinte, on peut utiliser les méthodes de calcul et tout. Sinon de mon côté c'est pour ne pas contaminer quelqu'un d'autre »,
une participante.

Pour renchérir, un autre dit :

« (...) si c'est les infections, tout ça le préservatif c'est le meilleur », un participant.

Toutefois, il n'est pas systématiquement utilisé par certains qui misent plutôt sur l'observance pour avoir des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire. Une participante nous confiait ce qui suit :

« Au début, j'utilisais des préservatifs. Quand j'ai su que quand tu es à un stade où le virus est indétectable, tu peux avoir des rapports sexuels non protégés sans contaminer ton partenaire si tu prends bien tes comprimés. Moi, je veille à toujours bien prendre mes comprimés parce que je veux avoir des rapports sexuels non protégés avec mon partenaire », une participante.

Parmi les Infections sexuellement transmissibles (IST), ils en ont souligné quelques-unes hormis le VIH telles que la syphilis, l'hépatite B, la chaude-pisse, la gonococcie.

Enfin, l'école, l'hôpital, la télévision, les parents, les amis, l'internet, les formations, les campagnes de sensibilisation, les réseaux sociaux numériques sont les sources d'information sur la SSR révélées par les participants. Ils considèrent l'hôpital comme la source la plus sûre devant les parents pour avoir les informations sur la SSR.

Découverte et gestion de la sérologie

Pour cette partie, nous avons cherché à connaître dans un premier temps le cadre et les personnes impliquées dans l'annonce de la sérologie. Et dans un second temps, les personnes avec qui ce statut sérologique est partagé.

De tous les participants aux discussions de groupe, trois ont découvert leur sérologie par curiosité comme le montre l'affirmation de cette participante :

« Avant, quand on partait à la pédiatrie, c'est maman qui tenait les carnets. Elle ne me laissait pas toucher aux carnets, les ordonnances et tout. À un moment, j'ai commencé à partir seule. C'est là que j'ai commencé à fouiller. Et un jour, (...) j'ai vu VIH sur mes reçus, j'étais très choquée ! (...) Maman avait voyagé. J'attendais son retour impatiemment pour qu'elle m'explique parce que je ne comprenais pas. Donc, quand elle est revenue, je lui ai demandé. Elle ne pouvait plus me cacher ».

De façon générale, il ressort des entretiens que l'annonce se fait aussi bien dans le cadre familial par les parents qu'à l'hôpital ou lors des campagnes de dépistage par les soignants même si certains estiment qu'elle devrait être de la responsabilité des parents.

Pour la gestion de la sérologie, les entretiens de groupe montrent que la sérologie relève de l'intime. En effet, elle reste en famille et n'est partagée qu'avec des personnes très proches. De plus, dans certains cas, ce sont les parents qui demandent à ce qu'elle ne soit pas divulguée comme le dit cette participante :

« Moi personnellement, je n'en parle pas parce que ma maman m'a même interdit formellement d'en parler à qui que ce soit même les frères ne savent pas. Façon on m'a cachée que c'est des vitamines, c'est ce qu'on dit aussi à mes frères », une participante.

Et une autre ajoute ceci :

« (...) maman a dit que ça doit être quelque chose de personnelle », une participante.

Parmi les participants qui ont un partenaire, il y a ceux qui ont fait l'annonce et ceux qui ne l'ont pas fait. L'annonce est motivée par le désir de la sincérité dans la relation et aussi par leur niveau d'engagement dans la lutte contre le VIH. Pour certains, elle a été une réussite. Mais pour d'autres, elle a eu pour conséquence la rupture et la propagation du statut comme l'illustre ce propos :

« La 1^{ère} fois que j'ai parlé à un partenaire, ça s'est mal passé. Je lui ai expliqué la situation parce qu'il me suivait pour du sérieux. Après, lui avoir expliqué, il a fait comme si ça ne lui disait rien. Après ça, il y a eu le rapport sexuel. Après le rapport sexuel, il m'a laissée. Et quand il m'a laissée, il est allé parler de ça », une participante.

Ceux qui n'ont pas annoncé leur statut à leur partenaire, indiquent la peur de la réaction, le risque de perdre l'être aimé et la diffusion de leur statut comme des freins à leur élan. Pour justifier ce résultat, ce discours est un exemple :

« Pour le moment, ce n'est pas que je n'ai pas confiance en lui, mais je me demande comment serait sa réaction. Et j'ai peur aussi de perdre la relation. C'est ça qui me fait trainer un peu et je veux vraiment me rassurer si par la suite, il ne va pas partager ma situation. C'est ça aussi », une participante.

R2.2. Entrée en vie sexuelle et choix du partenaire

Ce deuxième résultat expose l'entrée en vie sexuelle ou non des adolescents et le choix de leur partenaire.

Caractéristiques démographiques

Pour ces entretiens individuels, vingt-quatre adolescents ont été inclus ; dix-sept avaient une vie sexuelle active. Ils sont composés de six jeunes femmes et onze jeunes hommes. Leur âge est compris entre vingt et vingt-six ans.

Ceux qui n'avaient pas encore commencé leur vie sexuelle étaient au nombre de sept. Il s'agissait de cinq jeunes filles et de deux jeunes garçons. Leur âge est compris entre dix-neuf et vingt-quatre ans et parmi eux une seule fille a actuellement un petit ami.

Entrée en vie sexuelle

A ce niveau nous nous sommes intéressés à différents aspects liés à la vie sexuelle tels que l'existence de partenaire, le premier rapport sexuel, la relation actuelle, l'usage du préservatif, au multi partenariat, aux éventuelles grossesses désirées ou non, à leur perception de la transmission par voie sexuelle du VIH et à leur expérience des infections sexuellement transmissibles (IST). Cette partie prend en compte les participants ayant une vie sexuelle active.

Sur le total des dix-sept ayant une vie sexuelle active, cinq sont actuellement sans partenaires. Et, seule une participante parmi ces derniers a révélé que la rupture était due à son statut : séropositive. Les douze restants estiment être dans des relations sérieuses pour certains et pour d'autres, c'est pour passer du temps comme l'affirme ce participant :

« Pour moi, c'est juste une relation pour passer du temps. Je ne me suis pas engagé en tant que tel. (...) Parfois, tu as besoin de causer avec une personne (...), d'oublier certains trucs », un participant.

Dans cette catégorie, deux participants sont avec des partenaires de séro-concordants, six avec des séro-discordants et quatre ne connaissent pas la sérologie de leur partenaire. Et cela se justifie par le fait qu'ils n'ont pas encore abordé le sujet. Un des participants s'en sert comme stratégie d'évitement comme le montre ses propos :

« J'ai envie de le [statut du partenaire] connaître. Mais, si on dit d'aller faire le dépistage, elle va dire, accompagnes-moi. Et si j'arrive, elle va dire, on va le faire ensemble. Pour cela, je ne veux pas d'abord commencer », un participant.

Pour ce qui est de l'entrée en vie sexuelle, cinq ont eu leur premier rapport pendant leur adolescence (entre 12 ans et 17 ans), sept à la majorité (18-19 ans) et cinq à l'âge adulte (20-23 ans). Pendant que des participants parlent d'insatisfaction, de piège, de viol, pour le grand nombre, elle a été une belle expérience qui donne envie d'essayer à nouveau.

Ces entretiens ont révélé aussi l'importance des préservatifs pour les participants. Sur les dix-sept, ceux qui ont eu leur premier rapport sexuel sans l'utilisation du préservatif sont au nombre de trois même s'ils se sont rattrapés pour les fois suivantes. Pour ceux-ci, c'était sous l'effet de la surprise.

Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier cet usage du préservatif. Il est utilisé prioritairement à cause de la sérologie pour éviter la contamination du partenaire, éviter d'autres infections ou maladies et pour soulager sa conscience de ne pas avoir révélé son statut comme le dit cette participante :

« Oui, il fallait le préservatif pour le rapport. D'abord, pour moi, psychologiquement, comme il ne le [mon statut] savait pas. Et c'était évident qu'on le fasse avec ça. Pour que même si après, il a quelque chose que je ne m'en veuille pas », une participante.

Et ensuite, il permet d'éviter les grossesses non désirées. Cependant, un participant nous a confiés qu'après quelques mois de relation, son usage du préservatif est devenu occasionnel :

« Après quelques temps seulement, on a arrêté les préservatifs. On n'a même pas duré un an. Comme j'étais indétectable. Donc, ça fait que je ne suis pas transmissible. Mais à chaque six mois, elle passait faire ses tests. Il arrive quand même des moments où nous utilisons des préservatifs surtout quand elle est en zone rouge », un participant.

La sérologie quant à elle, présente deux modalités. Ceux qui ont annoncé et ceux qui ne l'ont pas fait. Au nombre de huit sur les dix-sept, ceux qui ont annoncé l'ont fait après le premier rapport sexuel. Pour eux, c'est soit pour mieux vivre la relation ou « *pour ne pas condamner la personne à une vie que la personne pourrait ne pas aimer, ne pas vouloir* ». Toutefois, cette annonce a eu pour conséquence la rupture pour certains et l'instabilité de la relation pour d'autres. Ceux qui n'ont pas annoncé font un total de neuf participants. Ils avancent plusieurs raisons à cela. Il y a la peur de sa répercussion sur la relation, de sa divulgation, l'imprévisibilité de la réaction du partenaire, la sauvegarde du secret familial comme l'affirme ce participant :

« Si j'avais dit ça, ça aurait été bizarre. Peut-être qu'ils peuvent venir annoncer dans le quartier que tu es comme ça, que ce jeune-là, il a ça, il a ça. C'est pour ça, j'évitais », un participant.

Pour le multi partenariat, deux sur les dix-sept ont affirmé l'avoir fait. Pour l'un c'était à la suite de sa séparation avec sa partenaire comme le confirme ces propos :

« Oui, après notre séparation. (...) elles étaient alignées depuis. Elles attendaient même ça. Il n'y a même pas eu d'attente. C'était un enchaînement parce que j'étais trop furieux. Car pour moi la raison était trop banale », un participant.

Et pour l'autre c'était l'effet de groupe. Il nous dit ceci :

« (...) c'est le fait que je voulais ressembler aux autres. C'est à cause des gens qui parlaient parce que, entre amis, chacun disait l'autre copine, l'autre copine. Je ne sais pas pourquoi je me suis mis dedans. Pour moi, je prenais ça comme du jeu », un participant.

En ce qui concerne les grossesses désirées ou non, une seule participante parmi le groupe a affirmé avoir une grossesse non prévue. Elle ajoute avoir des grossesses sans difficultés, des enfants bien portants et de sérologie négative.

« C'était juste du passe-temps, pour éviter de rester à la maison. Au début, ce n'était pas prévu comme je l'ai dit. Je suis tombée enceinte à la troisième relation sexuelle. (...) on a continué ensemble jusqu'à ce qu'il soit présenté en famille. On vit ensemble actuellement. (...) Je n'ai pas eu de fausses couches. J'ai quatre grossesses. À part celle-là [la quatrième], les autres ne m'ont pas fatiguées. Je travaille jusqu'à terme. J'accouche à

sept mois. Ils sont bien portants. Ils ont fait le test et c'est bon. Pour tous, c'est négatif», une participante.

Pour les dix-sept participants, la voie sexuelle est « *le canal le plus rapide* », la « *voie la plus connue, la plus facile* » pour la transmission du VIH. Avec la peur ou non d'avoir d'autres variants, tous prennent des précautions pour éviter la contamination telles que l'abstinence, la prise régulière des ARV, l'utilisation du préservatif, la fidélité à un partenaire, le respect des règles d'hygiène et des conseils des soignants.

Aussi, trois ont partagé avec nous leur expérience d'une infection sexuellement transmissible. Deux se sont rendus à l'hôpital pour leur prise en charge et le dernier a pris conseils auprès de son entourage. Elle nous raconte ceci :

« Comme la plupart des gens, il y a plusieurs qui ont déjà manifesté ça. Donc, c'est ce qu'ils ont utilisé qu'ils te disent de faire. C'était l'eau chaude, seulement j'utilisais pour faire ma toilette avec savon. Et puis c'était savon SITEC. Et quand j'ai fait ça, ça s'est arrêté », une participante.

Non entrée en vie sexuelle

Ce résultat concerne les sept participants n'ayant pas commencé leur vie sexuelle. Il rend compte de l'existence d'un partenaire, de la relation actuelle, des motivations de non entrée en vie sexuelle et des pressions éventuelles reçues.

Parmi ces participants, une seule est actuellement en relation. Il s'agit d'une relation à distance qui dure depuis trois ans selon la participante. De plus, l'annonce du statut n'a pas été faite. Tous les autres n'ont pas de partenaires, six au total. Pour certains c'est du fait de la séparation, d'autres ont peur de la réaction des parents, de sauter le pas à cause du statut et pour d'autres encore, ce n'est pas la priorité du moment comme le dit cette participante :

« Je me suis fixée des objectifs, me concentrer sur les études et tout pour pouvoir améliorer la situation de la famille », une participante.

Aucun d'entre eux n'a une vie sexuelle active même si parfois l'envie est présente. L'un d'eux nous a confiés ce qui suit :

« Souvent, l'envie me porte. Mais je ne peux pas faire grand-chose. La seule méthode-là seulement,

la masturbation. Je n'utilise rien en tout cas à part la main seulement », un participant.

Cette non entrée est motivée par l'attente de la bonne personne et surtout par le statut sérologique.

Pour ce qui est de la pression, quatre participants affirment qu'elle vient de la famille (maman, tante, cousine) et des amis à l'école. Les autres ont déclaré ne pas en recevoir.

Choix du partenaire

Cette partie concerne tous les vingt-quatre participants et nous indique leur préférence en matière de partenaire en tenant compte du statut sérologique. De tous les participants, trois sont sans préférence particulière. Pour eux l'essentiel c'est la compréhension et l'acceptation du partenaire. Une participante dit ce qui suit :

« Que ce soit une personne séronégative ou pas. Pourvu que la personne m'accepte telle que je suis. Et que cette personne soit responsable et tout ».

Et, une autre, ajoute :

« Je ne sais pas sur qui je vais tomber. Sur qui, mes sentiments se poser. Franchement, du plus profonde de mon cœur, je voudrais tomber sur quelqu'un qui va me comprendre », une participante.

Nous avons identifié six qui portent leur choix sur un partenaire de statut contraire, séro-discordants. Certains pensent que cela permettra d'avoir des enfants séronégatifs. Pour d'autres, ce serait une preuve d'amour et d'autres encore souhaitent reproduire la situation de leurs parents comme le montre cette affirmation :

« (...) moi, (...), j'allais choisir le séronégatif parce qu'en regardant déjà même la vie de mes parents [père : séropositif ; belle-mère : séronégatif], ça me plaît. (...). Moi aussi je voudrais essayer comme eux. Mon papa, il ne part pas prendre ses produits lui-même à l'hôpital. C'est la maman qui va prendre. (...). Quand elle part pour prendre les médicaments, il y a des connaissances aussi là-bas. (...). Elle dit qu'elle s'en fou comme c'est une question de vie là, elle ne peut pas regarder les autres », une participante.

Les quatorze restants optent pour un partenaire de même statut, séro-concordant. Ils estiment que ce choix favoriserait une meilleure compréhension. Il pourrait aider à éliminer la

contamination, protéger les familles et pourrait être un grand soutien pour la prise des ARV et le suivi médical. Pour justifier ce résultat, il y a ces propos :

« Selon moi, si les séropositifs peuvent être ensemble, c'est encore mieux. Le fait d'avoir un partenaire qui n'est pas séropositif et chaque fois les contaminations ne font qu'avancer. Et si c'est entre vous, c'est fini. (...). Il n'y a pas assez de paroles comme de l'autre côté parce que tu peux rentrer dans la famille, être avec quelqu'un qui n'est pas séropositif. Mais à la longue, les gens vont savoir. Il y aura des malentendus, des disputes. Mais si vous êtes ensemble, séropositifs, c'est entre vous, ça reste entre vous. Qui va savoir ? », une participante.

Comme pour renchérir, une autre dit :

« Je préfère choisir un partenaire séropositif. Premièrement, côté prise de médicaments, il peut t'aider parce que si lui, il prend à ses heures, il va te demander si tu as pris tes produits. Il va te rappeler à chaque fois. Deuxièmement, les consultations aussi, tu ne pourras jamais les rater. Il va te rappeler à chaque fois. Surtout côté enfant aussi, il va te suivre jusqu'à la naissance pour que l'enfant soit bien portant », une participante.

Conclusion

Cette recherche de type qualitative avait pour objectif d'explorer la perception des adolescents, des soignants et des pairs éducateurs du processus d'accompagnement coordonné de transition dans les soins des adolescents (PACTE). Les résultats montrent une perception très positive des participants et surtout des adolescents, de ce processus innovant qui a favorisé la mise en place d'un référentiel pour le passage des adolescents vers les sites adultes sans rupture dans les soins, pour un suivi adapté à leur âge et à leur besoin spécifique. Les différentes activités mise en œuvre notamment les formations, les groupes de parole y compris l'accompagnement des psychologues et des pairs éducateurs, l'appui financier, ont permis de renforcer les capacités des adolescents, participants du projet, leur interpellation sur la réalité de l'infection et leur organisation en associations pour participer à la lutte contre le VIH. Le volet SSR de cette recherche rend compte de l'importance de l'utilisation du préservatif par les adolescents sexuellement actifs et la préférence d'un partenaire séro-concordant pour limiter la propagation du VIH. En outre, le corpus des données fait paraître des connaissances à renforcer en santé sexuelle et reproductive.

Au regard de ces résultats, l'ensemble des participants de ce projet et surtout les adolescents, suggèrent son renouvellement, son implémentation dans d'autres régions du Burkina Faso et, par la suite sa mise à l'échelle afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des adolescents/jeunes VIH+ et à la réduction de sa prévalence.

Références bibliographiques

Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS). (2022). *Annuaire statistique 2021* (p. 1-397). Ministère de la santé et de l'hygiène publique.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2022). *Cinquième recensement général de la population et de l'habitat du Burkina Faso. Synthèse des résultats définitifs* (p. 136). Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement.

Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation (MATD). (2021). *Annuaire statistique 2019 de l'administration du territoire* (p. 129).

Réseau EVA. (2024, mars 28). *Adolescents et VIH*. 7ème séminaire régional sur le VIH pédiatrique en Afrique francophone de l'ouest et du centre, Tchad.

Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST). (2019). *Rapport Global aids monitoring (GAM) 2019* (p. 35).

Annexe

1- Formulaire de consentement de participation des personnes de ressources (Enquêtes soignants et pairs)

Etude : « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

Promoteur : Expertise France et Sidaction

Investigateurs : Pr Caroline Yonaba, Dr Sylvie Ouédraogo et Dr Cécile Cames

Protocole ayant reçu l'avis favorable du CERS du Burkina, délibération numéro 2023-04-083 du 07 avril 2021.

Je soussigné(e) _____ (Nom, Prénom), certifie avoir compris les informations qui m'ont été communiquées et avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais à **Ambran Bernardine OGAH**.

Je reconnais avoir été informé(e) des objectifs, du déroulement et des résultats attendus du projet « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal » (par la lecture du protocole et en ayant obtenu oralement les réponses à toutes mes questions).

Je comprends le but, les contraintes et les bénéfices potentiels liés à ma participation à l'étude « Transitions ». Je déclare que ma participation à ce projet relève de mon propre choix.

J'accepte de participer à la recherche qui utilisera différentes méthodes académiques (questionnaire, entretien, focus group) et, si besoin, répétées. Les entretiens conduits dans le cadre de cette recherche pourront être enregistrés avec mon consentement

J'ai compris que les renseignements que j'accepte de fournir au cours de l'entrevue demeureront strictement confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à son contenu et il sera utilisé à des fins de recherche seulement. Les entretiens seront transcrits, mais anonymisés. Les enregistrements et transcriptions demeureront confidentiels jusqu'à la fin du projet puis seront détruites.

Je déclare être informé(e) que je ne recevrai aucun avantage à participer à ce projet. Je peux à tout moment demander des informations complémentaires sur la conduite et les objectifs de la recherche, auprès du chercheur responsable du projet.

Je sais que j'ai le droit d'interrompre ma participation à l'étude à tout moment sans avoir à justifier ma décision mais je ferai mon possible pour en informer Pr Caroline YONABA ou Dr Sylvie OUEDRAOGO.

Le retrait de la recherche n'aura aucune conséquence pour moi et/ou ma famille.

J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi burkinabé n°010-2004/AN du 20 avril 2004 portant protection des données à caractère personnel s'exerce à tout moment auprès de Dr _____ (A compléter) et que je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de celui-ci.

J'accepte librement que des informations sur mon appartenance professionnelle et mes missions soient retranscrites. Oui Non

Nom et Prénom du participant(e) _____

Fait à : _____ Date : _____

Signature : _____

Je soussignée, Ambran Bernardine OGAH, en qualité de chercheure junior, et par délégation de l'investigateur principal certifie avoir clairement expliqué à ce participant l'objectif, la durée, les risques, les bénéfices et les avantages de cette étude. Le participant à l'étude a consenti volontairement à participer à la recherche. Il a compris qu'il a le droit de se retirer de l'étude à tout moment et que cette décision sera sans conséquence.

Fait à _____ Date : _____

Signature : _____

2- Formulaire de consentement éclairé de participation à l'étude (adolescents)

Etude : « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

Promoteur : Expertise France / Sidaction

Investigateurs : Pr Caroline Yonaba, Dr Sylvie Ouédraogo et Dr Cécile Cames

Protocole ayant reçu l'avis favorable du CERS du Burkina, délibération numéro 2023-04-083 du 07 avril 2021.

Je soussigné(e) _____ (Nom, Prénom), certifie avoir lu ou s'être fait lire et compris le document d'informations qui m'a été remis et avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au Dr. _____

Je comprends le but, les contraintes et les bénéfices potentiels liés à ma participation à l'étude.

J'ai compris que je peux refuser de participer à l'étude. Cela ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs. Je sais que les décisions qui s'imposent pour ma santé seront prises à tout moment.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de ce protocole puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi burkinabé n°010-2004/AN du 20 avril 2004 portant protection des données à caractère personnel s'exerce à tout moment auprès du Dr. _____ et que je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de celui-ci.

J'accepte que tout médecin ou scientifique impliqué dans le déroulement de cette recherche, ainsi que le représentant des autorités de santé aient accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité. J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le document d'information.

Nom et Prénom : _____

Fait à : _____ Date : _____

Signature : _____

Je soussigné(e), Docteur _____ en qualité de médecin traitant, et par délégation de l'investigateur principal, certifie avoir clairement expliqué à ce participant l'objectif, la durée, les risques et les bénéfices et avantages de ce protocole.

Date : _____

Signature : _____

3- Guide d'entretien_Pairs éducateurs

Etude « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe :

Niveau de scolarité :

Occupation (autre que pair éducation) :

Date d'arrivée dans le programme de transition :

Rôle dans la transition :

Site d'affectation :

I- CONNAISSANCE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT COORDONNE DE TRANSITION DANS LES SOINS (PACTE)

1.1- Sonder ce qui est connu de la transition : l'objectif, les sites de mise en œuvre, les étapes.

1.2- Présenter son rôle à lui/elle dans la transition.

II- EXPERIENCE/VECU

2.1- Présenter son expérience de ce processus de transition/ et vs. sa propre transition/transfert ?

2.2- Présenter ses acquis lors de ce processus de transition.

III- PERCEPTION DU PACTE

3.1- Présenter son point de vue du processus global de la transition.

3.2- Présenter son point de vue des différentes étapes de la transition.

3.3- Présenter selon lui/elle les points forts et les points faibles de la transition.

IV- SUGGESTIONS / PERSPECTIVES

4.1- Présenter les suggestions faites par lui / elle pour la pérennisation de la transition.

4.2- Présenter les suggestions faites par lui / elle pour la pérennisation de sa propre implication, de son poste de pair éducateur

4- Guide d'entretien_Soignants

Etude « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe :

Titre :

Fonction :

Ancienneté dans la fonction :

Date d'arrivée dans le programme de transition :

Rôle dans la transition :

Site de prise en charge des adolescents :

I- CONNAISSANCE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT COORDONNE DE TRANSITION DANS LES SOINS (PACTE)

1. Sonder ce qui est connu de la transition : les objectifs, les sites de mise en œuvre, les étapes.
2. Présenter son rôle à lui/elle dans la transition.

II- EXPERIENCE / VECU

- 2.1- Présenter son expérience de ce processus de transition.
- 2.2- Présenter ses acquis lors de ce processus de transition.

III- PERCEPTION DU PACTE

- 3.1- Présenter son point de vue du processus global de la transition.
- 3.2- Présenter son point de vue des différentes étapes de la transition.
- 3.3- Présenter selon lui/elle les points forts et les points faibles de la transition.

IV- SUGGESTIONS / PERSPECTIVES

- 4.1- Présenter les suggestions faites par lui / elle pour la pérennisation de la transition.
- 4.2- Présenter son intention de continuer ce dispositif à l'issue du projet.

5- Guide d'entretien _Adolescents (Transitions : entretien+FG)

Etude « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe :

Niveau de scolarité :

Occupation :

Date d'arrivée dans le programme de transition :

Site d'inclusion (recrutement)

Site d'affectation (adulte) :

I- CONNAISSANCE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT COORDONNE DE TRANSITION DANS LES SOINS (PACTE)

1.1- Sonder ce qui est connu de la transition : l'objectif, les étapes, les sites de mise en œuvre, les activités déployées.

1.2- Présenter son rôle à lui/elle dans la transition.

II- EXPERIENCE/VECU

2.1- Présenter son expérience de ce processus de transition /transfert

2.2- Présenter ses acquis lors de ce processus de transition Vs site pédiatrique.

III- PERCEPTION DU PACTE

3.1- Présenter son point de vue de la préparation, de l'inclusion, du transfert, de l'accompagnement des pairs éducateurs, des groupes de parole, des consultations conjointes et du maintien.

3.2- Présenter son point de vue du processus global de la transition.

3.3- Présenter selon lui/elle les points forts et les points faibles de la transition.

3.4- Présenter leur rapport aux assos de jeunes AJLV et AJOIA qui ont émergées dans le cadre du projet. En sont-ils membres, actifs, passifs, leurs attentes ?

IV- SUGGESTIONS / PERSPECTIVES

4.1- Présenter les suggestions faites par lui / elle pour la pérennisation de la transition.

6- Guide d'entretien_Adolescents (FG_SSR)

Etude « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe :

Niveau de scolarité :

Occupation :

Date d'arrivée dans le programme de transition :

Site d'inclusion (recrutement) :

Site d'affectation (adulte) :

I- CONNAISSANCE SSR

- 1.1- Sonder ce qui est connu de la puberté, des relations sexuelles, de la virginité, de l'avortement, de la masturbation, de l'homosexualité
- 1.2- Présenter leurs sources d'informations sur ses différents points
- 1.3- Sonder ce qui est connu des méthodes contraceptives
- 1.4- Présenter leurs sources d'information sur les méthodes contraceptives
- 1.5- Présenter leurs sources d'information sur la SSR de façon générale
- 1.6- Sonder ce qui est connu des IST autres que le VIH

II- PARTAGE DE SEROLOGIE

- 2.1- Présenter la découverte de leur statut (l'annonce, les acteurs impliqués)
- 2.2- Présenter la gestion de leur sérologie (partage avec l'entourage, son partenaire etc.)

III- PERCEPTION

- 3.1- Présenter leur point de vue de la virginité, des relations sexuelles
- 3.2- Présenter leur perception du préservatif dans la gestion du risque de transmission du VIH à un tiers ;
- 3.3- Présenter ce qu'ils/ elles pensent du risque pour une personne séropositive de transmettre l'infection à une autre personne (séropositive ou à une personne séronégative) ; précautions à prendre ou non, et pourquoi
- 3.4- Présenter leur point de vue sur la transmission du VIH à une tierce personne
- 3.5- Présenter leur point de vue de l'avortement
- 3.6- Présenter leur point de vue de la masturbation et de l'homosexualité

IV- SUGGESTIONS / PERSPECTIVES

- 4.1- Présenter les suggestions faites sur la SSR

7- Guide d'entretien_Adolescents (entretien individuel_SSR)

Etude « Transitions : Recherches participatives et pluridisciplinaires pour l'optimisation et la continuité des soins chez les adolescents et jeunes adultes infectés par le VIH au Burkina Faso et au Sénégal »

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :

Sexe :

Niveau de scolarité :

Occupation :

Date d'arrivée dans le programme de transition :

Site d'inclusion (recrutement) :

Site d'affectation (adulte) :

I- ENTREE EN VIE SEXUELLE

- 1.1- Sonder l'existence d'un petit ami ou d'une petite amie
- 1.2- Présenter la durée de sa relation
- 1.3- Sonder son entrée en vie sexuelle (âge, partenaire)
- 1.4- Présenter ses modalités (donner ou recevoir de l'argent ou des cadeaux en échange des RS)
- 1.5- Présenter son point de vue de sa relation amoureuse actuelle
- 1.6- Présenter son point de vue de son 1er rapport sexuel
- 1.7- Présenter le statut de son partenaire
- 1.8- Sonder son utilisation des méthodes contraceptives, la fréquence des ses relations sexuelles, le temps écoulé entre deux relations
- 1.9- Sonder son usage de préservatifs, lesquels, avec quelle régularité, avec quels partenaires ? Pourquoi
- 1.10- Présenter sa perception de la transmission sexuelle de l'infection à VIH ; s'il a peur de transmettre ? S'il a peur d'être infecté par d'autres variants du VIH qu'il n'a pas ? Précautions prises ? Risques qu'il ou elle serait prêt (e) à prendre et pourquoi ?
- 1.11- Sonder la présence de partenaires multiples, ses motivations ; s'il ou elle connaît leur sérologie, s'il ou elle a partagé sa sérologie avec eux ? ; pourquoi ?
- 1.12- Sonder les éventuelles grossesses désirées ou non et leur déroulement
- 1.13- Sonder son expérience de maladie sexuellement transmissible, la fréquence
- 1.14- Présenter son cheminement thérapeutique et celui du partenaire
- 1.15- Sonder sa connaissance des conséquences sur sa santé et celle du ou des partenaires

II- NON ENTREE EN VIE SEXUELLE

- 2.1- Sonder l'existence d'un petit ami ou d'une petite amie
- 2.2- Présenter la durée de sa relation
- 2.3- Présenter son point de vue de sa relation
- 2.4- Sonder son entrée en vie sexuelle
- 2.5- Présenter ses motivations de non entrée en vie sexuelle
- 2.6- Sonder les pressions reçues
- 2.7- Présenter les acteurs de cette pression

III- CHOIX DU PARTENAIRE

- 3.1- Choix du partenaire séro-concordant ou séro-discordant, et pourquoi ?