

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2003
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2003*

Le Sida chez les adolescentes

A. BERRÉBI, A. DUCLUSAUD, R. CASTAGNO,
A.-M. CALATAYUD, A. BOUVY-LAZORTHE*
(Toulouse)

INTRODUCTION

L'adolescence se définit comme la période allant de la puberté à l'âge adulte. Elle se situe donc entre 12-14 ans et 18-20 ans. C'est un âge de transition, donc par définition difficile, qui a tendance à s'élargir à ses deux extrémités : les jeunes deviennent adolescents de plus en plus tôt et adultes de plus en plus tard, ce qui ne simplifie en rien cette situation.

Pourquoi s'intéresser à l'adolescence et au syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), ou plutôt à l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise (VIH) ? Parce que si cet âge est source de difficultés en général, il l'est aussi vis-à-vis de la prévention et de la prise en charge médicale et psycho-sociale. Protéger nos enfants est le rôle de tous : parents, médecins, acteurs sociaux, politiques... et personne n'a le droit de fuir devant ce danger.

* Fédération de Gynécologie-Obstétrique, Consultation Mère-Enfant
Hôpital Paule de Viguier – 330 avenue de Grande Bretagne – TSA 70034
31059 TOULOUSE CEDEX 9.

LE SIDA CHEZ LA FEMME ET L'ADOLESCENTE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait en 1993 que la moitié des 14 millions de personnes infectées dans le monde avaient entre 15 et 24 ans (10). Bien qu'encore relativement peu fréquente chez les adolescentes, l'infection par le VIH augmente indiscutablement dans cette tranche d'âge et ceci surtout pour deux raisons : le VIH est maintenant présent dans la population des adolescents et plus de la moitié des jeunes ont des rapports non protégés (13, 23).

À la fin de l'année 2000, on estimait à 34,7 millions le nombre d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH. Près de la moitié (48 %) de ces personnes étaient des femmes. À la même date, le nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH était de 1,4 million dont la quasi-totalité sont nés de mères séropositives (25). Les contaminations se poursuivent à un rythme élevé. Au cours de cette même année 2000, 5,3 millions de personnes supplémentaires ont été contaminées par le VIH dont 4,7 millions d'adultes et 600 000 enfants. Les femmes représentent la moitié (47 %) des nouvelles contaminations.

Si les femmes sont globalement touchées de façon équivalente aux hommes, leur situation varie en fonction des régions et pays (Tableau I). Ceci est dû à leur comportement ainsi qu'à celui des hommes : sexualité à risque, toxicomanie, homosexualité, etc. (23).

La situation des femmes en France est appréhendée par différentes enquêtes et déclarations (3). L'enquête PREVAGEST, réalisée tous les deux ans entre 1991 et 1997 en région parisienne et en Côte d'Azur, montre une prévalence stable de 2,5/1000 femmes donnant naissance à un enfant (5). Le sex-ratio des cas de SIDA, qui était de 5 hommes pour 1 femme en 1990, a diminué jusqu'à environ 3 hommes pour une femme (2,8 en 2001) (18). Par contre, on observe une prévalence 10 fois plus élevée chez les femmes nées en Afrique subsaharienne que chez celles nées en France. Le nombre de nouveaux cas a diminué fortement depuis 1996, du fait de la diffusion des traitements anti-rétroviraux (16, 17). Cette diminution étant plus rapide chez les homosexuels que chez les hétérosexuels, la proportion de femmes atteintes augmente : elle était de 27 % en 2000 contre 14 % en 1998. Chez les femmes étrangères, cette proportion atteint 43 % en 2000. Les femmes sont plus dépistées que les hommes en

LE SIDA CHEZ LES ADOLESCENTES

Tableau 1

Les femmes (15-49 ans) infectées par le VIH en 2000 (26)

| Régions | Nombre de femmes séropositives | % de femmes séropositives |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Afrique du Nord, Moyen-Orient | 154 000 | 40 |
| Afrique subsaharienne | 13,3 millions | 55 |
| Asie du Sud et Sud-Est | 2 millions | 35 |
| Caraïbes | 133 000 | 35 |
| Amérique Latine | 342 000 | 25 |
| Europe Orientale, Asie Centrale | 170 000 | 25 |
| Europe Occidentale | 134 000 | 25 |
| Amérique du Nord | 182 000 | 20 |
| Asie de l'Est, Pacifique | 82 000 | 13 |
| Australie, Nouvelle-Zélande | 1 500 | 10 |
| Total | 16,4 millions | 47 |

France, en particulier à l'occasion de leurs grossesses, et la proportion de femmes qui apprennent leur séropositivité au stade SIDA est plus basse que chez les hommes (39 % versus 50 %).

En France (28), la répartition des cas de SIDA par âge chez les jeunes au moment du diagnostic est la suivante : 0,2 % entre 15 et 19 ans, 2,5 % entre 20 et 24 ans. La répartition par sexe montre une prédominance des femmes lorsqu'elles ont jeunes : 0,3 % versus 0,2 % entre 15 et 19 ans, 3,1 % versus 2,4 % entre 20 et 24 ans.

VULNÉRABILITE DE LA FEMME VIS-À-VIS DU SIDA ET DES MST

La femme, surtout dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays riches, offre une plus grande vulnérabilité face au SIDA et aux infections sexuellement transmissibles (IST) (33).

D'un point de vue anatomique, la muqueuse vaginale présente une large surface de pénétration au virus. Les microtraumatismes liés aux rapports sexuels sont beaucoup plus

importants que chez l'homme. Les risques sont d'autant plus grands que les rapports sont imposés à la femme.

La vulnérabilité sociale de la femme face à l'épidémie de VIH/SIDA est immense dans la plupart des pays du monde. Dans la majorité des sociétés (africaines en particulier), l'homme reste le chef au sein du couple et la femme a peu de pouvoir de décision. Il est extrêmement difficile pour elle d'exiger le port du préservatif, surtout dans les régions où la femme a un « devoir de procréation » (1). Dans les pays occidentaux comme la France, les mauvaises conditions socio-économiques, la marginalité, la pauvreté intellectuelle sont propices également à la sous-information, à l'absence d'hygiène ou de surveillance médicale, et aux violences conjugales qui augmentent le risque de contracter une infection par le VIH ou une IST.

Les adolescentes, du fait de leur jeune âge, sont particulièrement vulnérables. L'immaturation de leur appareil génital et l'insuffisance de leurs sécrétions vaginales augmentent le risque de pénétration du virus. Lorsqu'elles évoluent dans un cadre familial à la dérive, lorsqu'elles adoptent des conduites à risque (consommation de drogues illicites, prostitution, rapports non protégés, etc.), une contamination par le VIH est beaucoup plus à craindre que chez une femme adulte souvent mieux informée et plus à même à se protéger.

LES PROBLÈMES MÉDICAUX POSÉS PAR LE SIDA CHEZ L'ADOLESCENT

Il semble que le pronostic de la maladie soit meilleur chez les sujets contaminés à un âge précoce (31).

La cohorte SEROCO, en France, montre une meilleure survie chez les patients jeunes avec un risque de développer un SIDA 5 ans après la séroconversion de 6,9 % à moins de 20 ans, 15,5 % entre 20 et 29 ans et 42,4 % à plus de 40 ans (9). Une autre étude retrouve une meilleure survie liée à l'âge chez les individus de sexe masculin : médiane de survie de 13,2 ans pour les moins de 35 ans versus 10,2 ans chez les plus de 35 ans ($p < 0,025$) (7). Dans une cohorte naturelle de l'armée américaine, un âge avancé est associé à une progression plus rapide de la maladie, que les sujets soient à un stade précoce ou avancé de leur infection par le VIH (8).

Pourtant, les problèmes thérapeutiques sont plus difficiles chez l'adolescent que chez l'adulte. Les doses prescrites d'antirétroviraux doivent être intermédiaires entre celles de l'enfant et celles de l'adulte. Les préparations pharmaceutiques ne sont pas toujours adaptées aux posologies qui doivent être calculées en fonction du poids corporel. Les difficultés de l'observance sont encore plus importantes chez l'adolescent que chez l'adulte (32). Les parents, eux-mêmes souvent en grandes difficultés personnelles, peuvent difficilement surveiller la bonne prise des médicaments de leur enfant. Les formes pédiatriques, souvent utilisées chez l'adolescent, sont peu pratiques et d'un goût peu apprécié. Les effets secondaires, comme les troubles digestifs et les lipodystrophies, sont perçus encore moins bien chez l'adolescent déjà perturbé par les transformations de son corps. Les conseils diététiques et l'activité sportive, recommandés pour lutter contre les troubles du métabolisme des lipides, sont moins entendus chez l'adolescent que chez l'adulte. Ainsi, il est très rare qu'un enfant ou qu'un adolescent traité pour une infection par le VIH ait une charge virale indétectable.

LES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES POSÉS PAR LE SIDA CHEZ L'ADOLESCENT

En France, la plupart des enfants et adolescents ont été contaminés à la naissance ou à l'occasion de transfusions sanguines. Seuls les plus âgés (17-20 ans) commencent à s'infecter par des rapports sexuels non protégés, mais cela reste encore rare comme nous l'avons déjà signalé. La plupart des adolescents ont donc appris leur maladie plus ou moins tôt dans leur enfance. Ceci peut expliquer les réactions très diverses observées, allant du déni de leur affection, avec un rejet de la maladie, des parents, des médecins, des médicaments, au désir de dire et de partager avec d'autres ce qu'il vit (32). Quoi qu'il en soit, grandir, devenir adolescent, construire sa personnalité, sortir avec des copains, dormir hors de chez soi, partir en vacances, avoir des premiers contacts sexuels quand on est porteur du VIH est une suite d'expériences difficiles (32).

LA PRÉVENTION

Si la prévention est et doit rester l'arme essentielle de lutte contre le VIH, il faut dire que les très nombreux essais et publications à ce sujet témoignent de la difficulté à faire appliquer ces mesures (6, 12, 14, 19, 20, 27, 30, 34). Ceci est encore plus aigu pendant l'adolescence qui, comme nous l'avons vu, est une période difficile favorisant les attitudes de déni de la maladie ou de conduites à risque.

Bien entendu, les multiples campagnes de prévention ont permis une augmentation du niveau de connaissance des jeunes, une meilleure compréhension de la maladie, de ses modes de transmission et une plus grande acceptation des séropositifs (31). Mais les efforts sont souvent déçus et le fait que l'on meurt beaucoup moins du SIDA de nos jours est un élément évident de relâchement de la prévention. Il faut dire que les adolescents d'aujourd'hui n'ont pas vécu « en direct » les heures noires du SIDA comme ceux des années 85-95.

Rappelons cependant les règles essentielles de cette prévention concernant plus particulièrement les adolescents :

– La recherche des facteurs de risque de VIH chez un adolescent, comme on le voit dans le tableau II, doit être la première étape de cette prévention (13). Les grossesses non désirées représentent un marqueur essentiel pour repérer les adolescentes à risque de VIH (4, 6, 24) tout comme les IST (15, 21) ;

Tableau II

Étude comparant les facteurs de risque chez des adolescents séropositifs et séronégatifs (13)

| Facteurs de risque | HIV+ % | HIV- % | p |
|---|--------|--------|------|
| Maltraitance étant enfant | 33 | 21 | 0,05 |
| Rapports anaux, sexe de survie | 32 | 4 | 0,01 |
| Rapports non protégés avec partenaires occasionnels | 42 | 23 | 0,05 |
| Sexe sous influence de la drogue | 52 | 27 | 0,01 |
| Utilisation de plusieurs drogues | 43 | 9 | 0,01 |
| Antécédents d'IST | 59 | 28 | 0,01 |

LE SIDA CHEZ LES ADOLESCENTES

– Le préservatif, qu'il soit masculin ou féminin, est la seule prévention réellement efficace chez l'adolescent désirant avoir des rapports. Le préservatif féminin, en particulier, semble plus adapté à cet âge que le préservatif masculin (2) ;

– L'information et l'éducation, avant même l'âge de l'adolescence ou au début de celle-ci, devraient mieux faire comprendre aux jeunes l'importance de la protection et les pièges de cette infection (29). Les interventions en milieu scolaire ou dans les institutions ont un impact semble-t-il important chez les jeunes quelques années plus tard ;

– Les adolescents, comme les adultes, devraient pouvoir bénéficier des mesures de prophylaxie post-exposition (11). Ainsi, les jeunes devraient être informés comme les adultes sur la prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH au même titre qu'ils le sont sur la prophylaxie des grossesses non désirées ;

– Enfin, les campagnes d'information devraient intégrer la protection des jeunes par les adultes. Trop d'adolescentes sont infectées ou ont des grossesses non désirées lors de rapports avec des adultes. Sur 46 511 grossesses en 1993, 29 % seulement ont eu des partenaires du même âge contre 71 % qui ont eu un partenaire d'au moins 5 ans plus âgé (22).

Comme cela est le plus souvent le cas chez l'adulte, l'infection par le VIH doit être considérée comme une maladie chronique de l'enfant et de l'adolescent. Tout doit être fait pour l'aider, l'entourer et le guider vers l'autonomie de sa prise en charge afin qu'il puisse rejoindre le monde des adultes dans les meilleures conditions possibles (32).

Résumé

Par rapport à l'adulte, le SIDA chez l'adolescente se caractérise par un certain nombre de points :

– *la proportion de femmes infectées par le VIH est supérieure à celle des hommes à cet âge alors que chez l'adulte le sex-ratio est d'environ 1 femme pour 3 hommes ;*

– *la vulnérabilité de l'adolescente face au SIDA est très importante du fait des caractéristiques anatomiques de l'appareil féminin, mais également à cause de son immaturité et de la pauvreté de ses sécrétions vaginales ;*

– *l'évolution de la maladie semble plus lente chez les patients infectés jeunes, avec un taux de survie plus élevé. Ceci est d'autant plus*

paradoxal que la compliance des adolescents aux traitements antirétroviraux et à la surveillance médicale est nettement plus mauvaise que chez l'adulte ;

– la plupart des IST, dont l'infection par le VIH, et des grossesses non désirées chez l'adolescente sont secondaires à des relations sexuelles avec des adultes ;

– enfin, les conséquences psychologiques d'une infection par le VIH sont souvent plus dramatiques chez l'adolescent à l'âge où il doit se forger une personnalité.

La prévention en général, et en particulier chez l'adolescent, s'avère d'une grande complexité et les efforts des différentes équipes et institutions sont souvent voués à l'échec. Cependant, il est essentiel de multiplier les programmes de protection des sujets jeunes car la proportion d'entre eux qui sera contaminée par le VIH devrait rapidement augmenter.

Bibliographie

1. Ankras EM. The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships: the African clan revisited. *AIDS Care* 1993; 22: 5-22.
2. Berrébi A. Le préservatif féminin. *BEI* 2001; 64: 8.
3. Cazein F. Évolution de l'épidémie chez la femme dans le monde: les chiffres. In A Berrébi "Le SIDA au Féminin". Doin éd., Paris 2001: 3-11.
4. Chu SY, Hanson DL, Jones JL. Pregnancy rates among infected with human immunodeficiency virus: Adult/Adolescent HIV Spectrum of Disease Project Study. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 195-198.
5. Couturier E, Brossard Y, De Benoist AC et al. Prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne: une enquête anonyme non corrélée, *Prevagest* 1991 93-95-97. *BEH* 1998; 18: 73-75.
6. De Bruyn M. Intersecting health risk: adolescent unwanted pregnancy, unsafe abortion and AIDS. *Initiat Reprod Health Policy* 1999; 3: 4-5.
7. Freedland GH, Saltzman B, Vilenko J, et al. Survival differences in patients with AIDS. *J AIDS* 1991; 4: 144-153.
8. Gardner LI, Brundage JF, Mc Neil JG et al. Predictors of HIV-1 disease progression in early and late-stage patients: the US Army Natural History Cohort. *J AIDS* 1992; 5: 782-793.
9. Garre N, Deveau C, Belanger F et al. and the SEROCO Study Group. Effect of age and exposure group on the onset of AIDS in heterosexual and homosexual HIV-infected patients. *AIDS* 1994; 8: 797-802.
10. Goldsmith M. Invisible epidemic now becoming visible as HIV/AIDS: pandemic aches adolescents. *JAMA* 1993; 270: 16-19.
11. Havens PL, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for monoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2003; 111: 1475-1489.
12. Hausser D, Michaud PA. Does a condom promoting (the swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behaviour among adolescent ? *Pediatrics* 1994; 93: 580-585.
13. Hein K, Dell R, Futterman D et al. Comparison of HIV+ and HIV adolescents risk factors and psychosocial determinants. *Pediatrics* 1995; 95: 96-104.
14. Holland J, Ramazonoglu C, Scott S et al. Risk, power and the possibility of pleasure: young women and safe sex. *AIDS Care* 1992; 4: 273-283.
15. Igra V. Pelvic inflammatory disease in adolescents. *AIDS Patient Care STDS* 1998; 12: 109-124.
16. Institut de Veille Sanitaire. Tendances récentes du SIDA en France, janvier 1998 - juin 2000. *BEH* 2000; 52: 233-237.
17. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance du SIDA en France, situation au 31 mars 2001. *BEH* 2001; 24: 111-117.
18. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance du SIDA en France, situation au 31 mars 2002. *BEH* 2002; 27: 133-139.
19. Lewis CL, Brown SC. Coping strategies of female adolescents with HIV/AIDS. *ABNF J* 2002; 13: 72-77.
20. Lynch DA, Krantz S, Russel JM et al. HIV infection: a retrospective analysis of adolescent high-risk behaviors. *J Pediatr Health Care* 2000; 14: 20-25.
21. Mc Cabe E, Jaffe LR. HIV seropositivity in adolescents with syphilis. *Pediatrics* 1993; 92: 695-698.
22. Miles MA. Adult involvement in teenage chilbearing and STD: a commentary. *Lancet* 1995; 346: 64-65.
23. Morrisson-Beedy D, Carey MP, Aronovitz T. Psychosocial correlates of HIV risk behavior in adolescent girls. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32: 94-101.
24. Murphy DA, Mann T, G'Keefe Z et al. Number of pregnancies, outcome expectancies and social norm among HIV-infected young women. *Health Psychol* 1998; 17: 470-475.
25. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale VIH/SIDA, juin 2000.
26. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale VIH/SIDA décembre 2000.
27. Rawitscher LA, Richard S. Adolescents

preferences regarding HIV related physician counseling and HIV testing. *Pediatrics* 1995; 96: 52-58.

28. Réseau National de Santé Publique. Surveillance du SIDA en France: situation au 30 juin 1995. *BEH* 1995; 32: 163-169.

29. Schonfeld DJ, O'Hare LL, Perrin EC et al. A randomized controlled trial of a school-based: Multi-faceted AIDS Education Program. *Pediatrics* 1995; 95: 480-486.

30. Shevitz A, Pagano M, Chiasson MA et al. The association between youth, women and acquired immunodeficiency syndrome. *J AIDS Hum Retroviral* 1996; 13: 427-433.

31. Sperandeo D. Le SIDA chez les adolescentes. In "Gynécologie de l'Adolescence" B Blanc, C Sultan. Eds Eska, Paris 1998: 227-235.

32. Vergnoux O. Les enfants oubliés de la prise en charge thérapeutique du VIH. *Infotraitement* 2003; 114-115: 2-4.

33. Welfens-Ekra C, Desgrées du Loû A, Leroy V et al. L'inégalité homme-femme face au SIDA. In A Berrébi, "Le SIDA au Féminin", Doin éd., Paris 2001: 13-28.

34. Wight D. Impediments to safer heterosexual sex: a review of research with young people. *AIDS Care* 1992; 4: 11-23.