

# DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA PRISE EN CHARGE FAMILIALE DE L'ADOLESCENT VVIH

L.H. Aka Dago-Akribi<sup>2-1</sup>, M.C. Cacou<sup>1-2</sup>, B. Bouah<sup>2</sup>, E.  
Aka Addi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CePReF Enfant, Aconda <sup>2</sup>Université de Cocody,  
Abidjan, Côte d'Ivoire

1



23 BP 2485 ABIDJAN 23  
Tél : 23-52-52-53 / 23-46-25-51  
Fax : 23-52-52-53  
Email : acondavs@avisod

# CONTEXTE

- **52000 enfants VVIH** en Côte d'Ivoire (Onusida 2005)
- **Accès et gratuité des ARV** = amélioration de la survie des enfants VVIH
  - Sida = affection chronique
  - Augmentation de la population infectée adolescente qui grandit dans la famille,
  - Impact du VIH sur le vécu familial
  - Phénomène observé fréquemment dans les pays industrialisés déjà bien réel aussi en Afrique
- **CePReF Enfant (Aconda)** :
  - 950 enfants VVIH dont 38 ont +15ans
  - La majorité bénéficie du soutien pédiatrique depuis l'enfance
- Or période de l'**adolescence** majore la vulnérabilité des individus et du rapport à la famille = problématique spécifique dans le contexte de l'infection par le VIH.

# RESTRUCTURATIONS FAMILIALES

(1)

- **Recomposition des structures familiales**
  - **Déstructuration** : maladie, décès, gestion du secret, pratiques et rites socioculturels non honorés etc.
  - **Evolution des configurations familiales** :
    - Avant accès ARV : décès précoce des parents et PEC par substituts parentaux (Grands-parents, oncles/tantes, frères et sœurs aînés)
    - Avec accès ARV : parents biologiques assurent les fonctions parentales
- **La famille est extrêmement difficile à remplacer**

# RESTRUCTURATIONS FAMILIALES

## (2)

- **Transformation des fonctions parentales :**
  - démission parentale et autonomie précoce des enfants /ARV, surprotection,
  - difficulté pour assumer le rôle de modèle et être attentifs aux besoins des adolescents
- **Nouvelles structurations familiales :**
  - Nucléarisation (recentrement du lien entre les parents et l'enfant),
  - Maison d'accueil –Chigata (Rejet mère/ enfants)
  - « Nouvelle famille » composée des membres des associations PVVIH et de l'équipe soignante.

# REGARD PORTÉ SUR L'ENFANT/L'ADOLESCENT

## ○ Avant les ARV

- Maladies opportunistes +++ (traitement, hospitalisations, etc.)
- Pas de projet d'avenir: L'enfant n'était pas inscrit dans la durée
- Pas d'investissement : la scolarisation est inutile

## ○ Avec les ARV

- Diminution des évènements morbides
- Espérance d'un enfant de qualité
- La focalisation ne porte plus sur la maladie
- Bonne santé apparente
- Intérêt pour des activités d'épanouissement dont l'école
- L'enfant grandit, devient adolescent

# ADOLESCENCE ET FAMILLE

- **Adolescence** période de croissance, phase marginale. Changement et perturbation au niveau physique, hormonal et psychologique:
  - Importance de l'image du corps
  - Conflits avec les figures d'autorité (parents)
  - Acting-out/Passage à l'acte
  - Accession à la sexualité
  - Construction d'un Projet de vie
- **Le VIH** vient exacerber les difficultés
- **Rupture** avec les repères familiaux

**Le vécu de l'adolescent VVIH au sein de la famille prend une coloration singulière**

# LEÇON 1: STATUT FAMILIAL ET CONNAISSANCE DE SON STATUT VIH+ DE L'ADOLESCENT

- **Maladie, Décès et Déstructuration familiale**
  - Vécu de la maladie des parents
  - Contexte de Deuil présent, modèle son avenir (+13ans: 87,5% orphelins d'au moins un parent)
  - Difficultés socio économiques
  - Séparation fratrie, placement
- **Secrets**
  - Secret VIH où non seulement lui est en jeu mais aussi la « réputation de la famille »
  - Protège ses parents ou les rejette
  - Secret autour de filiation
  - Non dits toujours interprétés

# (2) L'ANNONCE : UNE EXPÉRIENCE DOULOUREUSE

- Secret difficile à gérer en raison de l'environnement familial et des questions de santé
- Entre secret et doute, l'adolescent manque de repères → crise de confiance, refus de s'investir dans les activités de développement
- L'adolescent désire l'annonce (questions, agressivité...)
- Annonce est le fait des parents. Or, pour la majorité des adolescents, transmission parent/enfant: vécu différent /transmission sexuelle
- Les parents craignent les effets de l'annonce : Culpabilité, peur de traumatiser, d'être jugé, que le secret de famille soit connu et la fragilise,
- Temps de l'annonce reporté sauf pour contraindre l'adolescent : « annonce blessure »
- L'annonce à l'adolescent de son statut sérologique permet de:
  - Répondre à ses questions, d'exprimer ses angoisses, de témoigner de la confiance, de gérer la sexualité, etc.
  - Améliorer la qualité de sa prise en charge , de l'observance et de son vécu avec le VIH



# (3): RELATION ÉQUIPE SOIGNANTE

- **Suivi depuis l'enfance** des adolescents (suivi moyen : 6 ans)
  - Fonction d'accompagnement de l'équipe médicale
  - Vécu commun des épisodes morbides graves
  - L'équipe médicale est:
    - un acteur dans la vie et une « composante » de la famille
    - Dépositaire des désirs des parents pour l'adolescent
  - Identifications et Liens affectifs
- **Contaminations anxieuses**
- **Période d'anxiété** et de dépression chez l'adolescent
  - Fonctionnement général normal car PEC inscrite dans la normalité
  - Avec les ARV bonne santé apparente donc déni de la mort
- **Il est important d'inscrire PEC non dans le traumatisme mais plutôt dans l'adaptation**

# LA PÉDIATRIE À LA CONSULTATION ADULTE

- **Position de l'adolescent au niveau:**
  - de l'organisation de la structure de prise en charge
  - Des relations affectives avec les soignants
- **Position des parents**
  - Peu favorables au passage avant 18 ans
  - Conscience que l'enfant a grandi mais inquiétude / son immaturité
  - Malaise de se retrouver dans le même service que lui ( si infectés)
  - Inquiétude par rapport à son intégration à la PEC adulte
  - Contrôle moindre sur le traitement et PEC de l'adolescent
  - Maintien de la relation à l'équipe pédiatrique
- **Position des soignants**
  - Consultation *pédiatrique*: en reconnaissent la nécessité mais difficulté à décider du passage
  - Consultation *adulte*: problème au niveau de l'organisation et sentiment d'incompétence à la PEC des adolescents

# (5): SCOLARITÉ & PROJECTION DANS L'AVENIR

- Causes du **retard scolaire** : (22% des 16-18 ans sont au primaire et 40% des +18ans sont au second cycle)
  - Absence de projet pour l'enfant : pas d'inscription scolaire
  - Retards dus aux hospitalisations, maladies, déscolarisation, scolarité discontinuée
  - Difficultés socio économiques suite à la maladie et au décès des parents
- or l'adolescent a une grosse **attente de l'avenir** et l'espoir possible:
  - 75% projection dans l'avenir
  - A partir de 16 ans,
    - 100% désir de profession (social, médical, etc.)
    - 75% désir de mariage et un désir d'enfant
- Adolescent marqué par les difficultés des parents à gérer **les questions de sexualité** :
  - Interdit
  - Confinement aux personnes séropositives
  - Secret à garder sur statut plus important que protéger partenaire

# PISTES DE RÉFLEXION

- **Soutenir les parents VVIH** quant à leur capacité psychologique à :
  - être de « bons parents » (psychothérapie familiale, individuelle, groupe de parole),
  - former une famille de qualité
- **Soutenir psychologiquement l'adolescent** qui se vit différent, cherche sa place dans la famille et se projette dans l'avenir
- **Sensibiliser les soignants** au fait :
  - d'impliquer la famille dans la prise en charge de l'adolescent.
  - Repérer les nouvelles dynamiques familiales
- **Les défis de la consultation psychologique** pour l'adolescent en devenir d'une famille :
  - Gérer les moments de crise
  - Faire se rencontrer les demandes de l'adolescent et les compétences de la famille actuelle.

**les liens et les rôles familiaux sont très précieux pour l'adolescent, même lorsque la cellule familiale éprouve des difficultés.**

**LA DYNAMIQUE FAMILLE/ADOLESCENT  
EST COMPLEXE ET POSE SOUVENT DES  
DEFIS IMPORTANTS MAIS...  
ILS NE SONT PAS INSURMONTABLES**



**MERCI**

