

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

L.H. Aka Dago-Akribi²⁻¹, M.C. Cacou¹⁻², B. Bouah², E.
Aka Addi¹

¹CePReF Enfant, Aconda ²Université 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

