



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant

Programme National de prise en charge des Orphelins
et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida



GUIDE DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX OEV ET LEURS FAMILLES



Juillet 2023

AVANT-PROPOS

Avec une prévalence de 1,82 % en Côte d'Ivoire, selon le Spectrum 2023, la Côte d'Ivoire reste parmi les pays les plus touchés par la pandémie du VIH/sida en Afrique de l'Ouest. Près de 476 391 enfants sont orphelins ou rendus vulnérables du fait de cette pandémie (PN-OEV/INS 2016).

Pour apporter une riposte adéquate à une telle « crise sociale » et résoudre les préoccupations spécifiques qui s'y rattachent, le PN-OEV a élaboré plusieurs documents de référence (Politique Nationale pour les soins et soutiens aux OEV et leurs familles en lien avec le VIH , Modules de formation en soins et soutien aux OEV et leurs familles, Guide de soutien psychosocial, Guide de bonnes pratiques pour la mise en œuvre des Activités Génératrices de Revenus (AGR), Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV, etc.).

Malgré ces acquis, l'impact du VIH sur la vie des enfants demeure préoccupant, accentue leur vulnérabilité et les perturbe sur le plan psychologique.

En réponse à cette problématique et dans le cadre de l'atteinte de ses objectifs, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant à travers le PN-OEV, a conçu le guide de soutien psychosocial aux OEV et leurs familles en lien avec le VIH afin de fournir les éléments essentiels d'un soutien psychologique approprié.

Cinq années plus tard, et pour prendre en compte les avancées et les nouvelles orientations (nationales et internationales), le PN-OEV, en collaboration avec ses partenaires, a décidé de réviser ledit document.

Je me réjouis donc personnellement de la mise à jour de ce guide, fruit d'un travail de collaboration entre les différents acteurs intervenant dans les soins et soutien aux OEV et leurs familles. Je reste persuadée qu'il permettra d'améliorer les conditions de vie des familles vulnérables et spécifiquement, celles en lien avec le VIH.

J'exprime ma gratitude à tous les contributeurs et je renouvelle mes sincères remerciements à tous les partenaires nationaux et internationaux, notamment le PEPFAR, pour son appui technique et financier.

Ce guide trace les sillons d'un soutien psychosocial approprié pour les OEV et leurs familles. J'exhorte tous les acteurs à se l'approprier et à en faire bon usage, pour le bien-être des OEV, adolescents et jeunes adultes et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH.



Madame Nassénéba TOURÉ
Ministre de la Femme, de la Famille et de l'Enfant

REMERCIEMENTS

Le présent guide est le fruit d'un travail de réflexion et de collaboration entre les différents acteurs intervenant dans le domaine des soins et soutien aux OEV et leurs familles en lien avec le VIH.

Nos remerciements vont à l'endroit de toutes les personnes physiques et morales pour leur engagement, leur disponibilité dans le processus de révision et d'actualisation de ce guide destiné à l'amélioration des conditions de vie des OEV, adolescent.e.s et jeunes adultes et leurs familles. Il s'agit de :

- Plan d'urgence de lutte contre le VIH/sida du gouvernement

Américain (PEPFAR) qui, depuis toujours, nous soutient au niveau technique et financier dans le développement et la mise en œuvre de la Politique Nationale en faveur des OEV, adolescent.e.s et jeunes adultes et leurs familles en lien avec le VIH à travers ses agences que sont CDC et USAID.

- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) ;
- Le Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation (MENA) ;
- Le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale (MEPS) ;
- Le Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme (MJDH) ;
- Le Ministère des Sports (MS) ;
- Les Consultants et à l'équipe technique qui a porté le processus de révision de bout en bout.

Et tous ceux qui ont mis à notre disposition des personnes ressources pour la révision de ce guide



DR. KOUASSI Flore-LAGO
Directrice-Coordonnatrice du PN OEV

SOMMAIRE

Première partie : Généralités sur le soutien psychosocial de l’OEV et sa famille

Chapitre I : L’enfant, l’adolescent.e et sa famille	14
Chapitre II : Le soutien psychosocial de l’enfant	28

Deuxième partie : Méthodes et techniques du soutien psychosocial

Chapitre I : Méthodes et techniques du counseling	40
Chapitre II : Déroulement du counseling	43
Chapitre III : les techniques et supports du soutien psychosocial	49

Troisième partie : Activités du soutien psychosocial

Chapitre I : Les différents types de groupes de soutien et leurs activités	69
Chapitre II : Le processus de mise en place d’un groupe de soutien / groupe de parole	75

Quatrième partie : Gestion des problèmes psychosociaux spécifiques

Chapitre I : Le dépistage et l’annonce	77
Chapitre II : L’observance au traitement ARV des enfants infectés	85
Chapitre III : Les autres problèmes psychosociaux	92
Chapitre IV : La référence et la contre-référence	110
Chapitre V : La gestion du burn out ou Syndrome d’Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS)	114

SIGLES ET ACRONYMES

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AVEC	Association Villageoise d'Épargne et de Crédit
CADBE	Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant
CDC	Centers for Disease Control and Prevention // centre de contrôle et de prévention des maladies
CDE	Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables / Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH
OMS / WHO	Organisation Mondiale De La Santé / World Health Organization
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA / UNAIDS	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
OSC	Organisations de la Société Civile
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief / Plan d'Urgence du Président américain pour la lutte contre le sida
PN-OEV	Programme National de prise en charge des OEV
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SEPS	Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV	Traitement antirétroviral
TS	Travailleurs du sexe

LISTE DES TABLEAUX

<i>TABLEAU 1 : DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 0 A 1 AN</i>	<i>27</i>
<i>TABLEAU 2: DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 1 A 3 ANS</i>	<i>28</i>
<i>TABLEAU 3: DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 3 A 5/6 ANS</i>	<i>30</i>
<i>TABLEAU 4: DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 6 A 11 ANS</i>	<i>32</i>
<i>TABLEAU 5: DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT.E DE 11 A 18 ANS</i>	<i>33</i>
<i>TABLEAU 6: DEVELOPPEMENT DU JEUNE ADULTE DE 18 A 24 ANS</i>	<i>35</i>
<i>TABLEAU 7: LES ETAPES DU COUNSELING</i>	<i>41</i>
<i>TABLEAU 8: LES ETAPES DU COUNSELING DE GROUPE</i>	<i>43</i>
<i>TABLEAU 9: REPARTITION DES SUPPORTS DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH EN FONCTION DE LEUR AGE</i>	<i>54</i>
<i>TABLEAU 10: LES ETAPES D'ANIMATION DE L'ECOLE DES ADOLESCENT.E.S</i>	<i>64</i>
<i>TABLEAU 11: QUELQUES REACTIONS DES ADOLESCENT.ES DEPRIMES</i>	<i>94</i>
<i>TABLEAU 12 : CONTENU DE L'APPROCHE ESVAS</i>	<i>100</i>
<i>TABLEAU 13: SYMPTOMES DU SEPS</i>	<i>107</i>
<i>TABLEAU 14: REACTIONS DEFENSIVES ET CONSEQUENCES</i>	<i>108</i>

LISTE DES FIGURES

<i>FIGURE 1 : SEANCE D'ANNONCE DU STATUT DE L'ENFANT</i>	<i>80</i>
---	------------------

UTILISATEURS DU GUIDE

Ce guide s'adresse à toutes les personnes qui s'intéressent à la problématique des OEV et à celles qui interviennent dans la réponse nationale auprès des personnes (incluant les enfants et les adolescent.e.s), couples, familles, et autre groupes sociaux en vue de les aider à résoudre ou à prévenir des problèmes d'ordre personnel, familial ou social lié à l'impact du VIH et au sida.

Il est principalement destiné aux :

- **Intervenants sociaux** : les travailleurs sociaux (Assistants Sociaux, Éducateurs Spécialisés, Éducateurs Préscolaires, Maîtres d'Éducation Spécialisée), Conseillers communautaires (vocabulaire globalisant regroupant les différentes dénominations sur le terrain)
- **Psychologues**
- **Agents de santé** : Médecins (incluant les psychiatres et les pédopsychiatres), Infirmiers, Sage-femmes et Agents de santé communautaires.
- Adolescent.e.s et jeunes vivant avec ou affectés par le VIH engagés comme pairs éducateurs¹.

¹ Le champ d'intervention des adolescent.e.s et jeunes pairs éducateurs dans le contexte VIH sera clairement définie (domaine et limites interventionnelle notamment) par la suite par le PN-OEV et/ou de manière intersectorielle, dans des dispositions complémentaires par le PN-OEV et/ou de manière intersectorielle.

INTRODUCTION

Depuis la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 1981, les efforts quotidiens visant à l'amélioration des conditions de vie des personnes touchées directement ou indirectement par la pandémie du VIH et du sida ne cessent de croître.

En Côte d'Ivoire, les effets néfastes de cette pandémie sur la vie des enfants et des adolescent.e.s ont suscité l'engagement de la plupart des acteurs engagés dans l'offre de soins et soutien aux OEV et leurs familles. Dans la dynamique d'harmonisation des pratiques, le PN-OEV a élaboré depuis sa création en 2003 des documents de référence avec le concours des différentes parties prenantes engagées dans la réponse nationale et multisectorielle, incluant les bénéficiaires des soins et soutien.

Dans cette optique, un document de Politique Nationale, des modules de formation en soins et soutien aux OEV et leurs familles, un Guide de prise en charge nutritionnelle, un Guide de bonnes pratiques pour la mise en œuvre des activités Génératrices de Revenus (AGR), les Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV et leurs familles ont été élaborés, diffusés (certains de ces documents ayant subi une ou deux actualisation entre 2003 et 2023 pour répondre aux mieux aux évolutions de la réponses, et en tenant compte des besoins spécifiques remontés du terrain).

Les OEV et leurs familles identifiées en Côte d'Ivoire ont des besoins divers. Les expériences des autres pays et les analyses situationnelles mettent en évidence les différents soutiens nécessaires selon leur vulnérabilité :

- Soutien à l'éducation et à la mise en apprentissage ;
- Soutien pour l'abri et les soins ;
- Soutien à la protection ;
- Soutien à la sécurité alimentaire et à la nutrition ;
- Soutien aux soins de santé ;
- Soutien pour le renforcement économique ;
- Soutien psychosocial.

Parmi ceux-ci, le soutien psychosocial demeure le service le plus offert aux OEV et à leurs familles par les organisations en Côte d'Ivoire. Cependant, son contenu est diversement compris par les différents acteurs.

Pour présenter les éléments essentiels d'un soutien psychologique approprié pour des enfants affectés et/ou infectés par le VIH et le sida et pour des enfants vulnérables en général, un Guide de soutien psychosocial a été élaboré sous la direction du PN-OEV en 2017. Ce document a été un premier et essentiel pas pour arriver à l'harmonisation des interventions des acteurs en soutien psychosocial sur le terrain.

La révision du présent guide s'inscrit dans la prise en compte d'une nécessité d'actualisation et de mise à niveau du contenu de ce soutien en tenant compte de l'évolution de la cible du PN-OEV (désormais s'étendant de 0 à 24 ans) avec la prise en compte des adolescent.e.s et jeunes adultes. En

plus, cette actualisation s'impose dans un besoin de prise en compte de défis nouveaux ou besoins spécifiques dans l'accompagnement, notamment au niveau de l'annonce de la sérologie au VIH, à la transition des services pédiatriques vers les services adultes, la santé mentale au profit des enfants et adolescents vivant avec le VIH ou affectés tels que définis dans la politique nationale.

Cette révision s'est également évertuée de tenir au mieux compte des sept (7) actions stratégiques ² identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans une Fiche technique de résumé "*Intégration des interventions et du soutien psychosocial dans les services VIH en direction des adolescents et des jeunes adultes*"³, publié en avril 2023.

² **Action stratégique 1:** Les interventions psychosociales doivent refléter les expériences et besoins des adolescents et jeunes adultes vivant avec le VIH, inclut ceux dans les populations clés qui doivent recevoir un soutien additionnel; **Action stratégique 2:** les interventions psychosociales ont besoin d'être fondées sur les/adaptées aux contextes dans lesquels ils seront mis en œuvre et doivent répondre aux facteurs spécifiques de leur mise en œuvre ; **Action stratégique 3:** la formation et le soutien de pairs conseillers (pairs éducateurs) en vue d'offrir des services de soutien psychosocial de qualité à travers une multitude d'approches peut faciliter un engagement significatif des adolescents et jeunes adultes dans l'offre de service ; **Action stratégique 4:** les activités de suivi de routine et d'évaluation, ainsi que de recherches devraient être menées avec des indicateurs, outils standardisés de mesure permettant d'apprécier les résultats spécifiques dans le contexte VIH et de ceux des programmes au profit des adolescents et jeunes adultes ; **Action stratégique 5:** l'intégration devrait reposer sur une coordination multisectorielle et une volonté politique pour la réussite du passage à niveau des interventions ; **Action stratégique 6:** La poursuite de l'expansion des plateformes de communication et espaces virtuels d'apprentissage pour les membres de la communauté, les donneurs de soins (intervenants sociaux), les décideurs programmatiques et politiques est un moyen essentiel en vue de permettre le partage, l'éducation et la dissémination. **Action stratégique 7:** Adopter une perspective systémique peut aider à renforcer la réactivité des systèmes de santé en cas de perturbations et chocs imprévus

³ World Health Organization (WHO), *Integrating psychosocial interventions and support into HIV services for adolescents and young adults: Technical brief*, 2023

**PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LE
SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DE L’OEV ET SA
FAMILLE**

CHAPITRE I : L'enfant, l'adolescent.e et sa famille

I.1 Définitions

1.1.1 Enfant

Aux termes de l'article premier de la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE) du 20 novembre 1989, ratifiée par la Côte d'Ivoire en février 1991, un enfant est défini comme tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. Cette limite d'âge est également celle retenue par la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE), adoptée en juillet 1990 et ratifiée par la Côte d'Ivoire en mars 2002. Celle-ci dispose en son article 2 qu'il faut entendre « *par "Enfant" tout être humain âgé de moins de 18 ans* ».

En droit interne, le législateur ivoirien a actualisé la définition du mineur, l'alignant sur cette définition internationale de l'enfant. Ainsi, aux termes de l'article premier de la Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité, le mineur en Côte d'Ivoire est désormais « *la personne qui n'a pas encore atteint l'âge de dix-huit ans accomplis* ».

1.1.2 Adolescent.e

○ Définition programmatique des Nations Unies

La définition programmatique de l'adolescence des Nations Unies, émise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est celle admise de prime abord dans la quasi-totalité des domaines en lien avec la santé et le bien-être des

Personnes. Elle appréhende l'adolescence comme la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, période située entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé^{4 5}.

○ **Choix d'une définition élargie de l'adolescence**

En 2012, une série d'articles publiés dans la revue scientifique *The Lancet* ⁶ présentaient les résultats d'une étude conduite en Australie. Cette étude promouvait la nécessité d'une extension de la définition de l'adolescence au-delà de la limite historique de 19 ans fixée par l'OMS, pour la placer à 24 ans. Cette demande d'élargissement à 24 ans de la définition de l'adolescence est basée sur le fait que « *les changements du début de la puberté, la nature des changements des rôles sociaux, ainsi que les espoirs et aspirations des adolescent.e.s à travers le monde sont très largement affectés par des facteurs économiques et socioculturels* ». L'étude rappelait également que « *le développement neurocognitif est un autre élément de la maturation biologique avec des effets majeurs dans la capacité à prendre des décisions, le bien-être émotionnel et le comportement* ».

⁴ OMS, *Santé des adolescent.es*

⁵ WHO, *The second decade: improving adolescent health and development*. World Health Organization, Geneva, 2001

⁶ Articles publiés sur *The Lancet*, entre autres: "Adolescence: a foundation for future health" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60072-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60072-5/fulltext)); "Health of the world's adolescent.e.s: a synthesis of internationally comparable data" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60203-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60203-7/fulltext));

"Worldwide application of prevention science in adolescent health" ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60238-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60238-4/fulltext))

En 2018, une autre étude (« *The age of adolescence* » [*L'âge de l'adolescence*]) conduite sous la direction de la même chercheuse australienne et publiée dans la revue scientifique *The Lancet - Child and Adolescent Health*⁷, a remis sur la table l'idée d'une redéfinition de l'adolescence pour la situer entre 10 et 24 ans. Relevant la tendance à la puberté précoce et une entrée sociologiquement retardée dans l'âge adulte, l'étude précise que « *le retard des transitions des rôles, y compris l'achèvement des études, le mariage et la parentalité, continuent de modifier les perceptions populaires du début de l'âge adulte. Assurément, la période de transition de l'enfance à l'âge adulte occupe désormais et plus que jamais une place plus grande dans le parcours de vie, surtout à une époque où de nouvelles forces sociales, incluant le marketing et les médias numériques, affectent la santé et le bien-être des adolescent.e.s ces dernières années. Une définition élargie et plus inclusive de l'adolescence est essentielle pour l'élaboration de lois, politiques sociales et systèmes de services adaptés au développement* »⁸.

Et l'étude de conclure : « ***plutôt que l'âge de 10 à 19 ans, une définition de 10 à 24 ans correspond plus étroitement à la croissance des adolescent.es et à la compréhension populaire de cette phase de la vie, et faciliterait des***

⁷ The Lancet, Child and adolescent health, Volume 2, Issue 3, P.223-228, March 2018, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1) (résumé disponible)

⁸ “In parallel, delayed timing of role transitions, including completion of education, marriage and parenthood, continue to shift popular perceptions of when adulthood begins. Arguably, the transition period from childhood to adulthood now occupies a greater portion of the life course than ever before at a time when unprecedented social forces, including marketing and digital media, are affecting health and wellbeing across these years. An expanded and more inclusive definition of adolescence is essential for developmentally appropriate framing of laws, social policies, and service systems.”

investissements étendus dans un plus large éventail de contextes »⁹.

Face aux enjeux de maladies émergentes et de santé mondiale pour un meilleur ciblage comme cela est demandé dans les initiatives internationales de lutte contre le VIH et le sida, tout en prenant compte des réalités programmatiques et opérationnelles, **la nouvelle approche définitionnelle retenue par le PN-OEV et les parties prenantes dans le document de "Politique nationale de soins et soutien aux orphelins, autres enfants et leurs familles vulnérables en lien avec le VIH/sida en côte d'ivoire", est plus large . Ainsi, il faut entendre par « adolescent.e » toute personne âgée entre 10 et 24 ans** (en fusionnant ainsi la définition de l'OMS de l'adolescent avec la notion « jeune adulte »).

1.1.3 OEV du fait du VIH/sida

L'OEV du fait du VIH est tout enfant ou adolescent.e de 0 à 24 ans qui a un lien direct avec le VIH et qui présente l'une des vulnérabilités suivantes:

- Orphelin.e de père, de mère ou des deux parents, dont au moins l'un des deux a été diagnostiqué positif au VIH ;
- Né.e ou vivant avec le VIH, cela inclus les enfants et adolescent.e.s diagnostiqué.e.s positif.ve.s au VIH sans qu'aucun de leurs parents ne le soient;
- Dont l'un ou les deux parents vit/vivent avec le VIH et a été diagnostiqué ;
- Dont la famille accueille un enfant vivant avec le VIH, affecté ou un orphelin du fait du VIH;

⁹ "Rather than age 10–19 years, a definition of 10–24 years corresponds more closely to adolescent growth and popular understandings of this life phase and would facilitate extended investments across a broader range of settings."

- Dont la famille est affectée économiquement par la pandémie du VIH (soutien de personnes malades ou d'orphelins du fait du VIH, etc.).

1.1.4 Enfants ou adolescent.e en situation de vulnérabilité face au VIH

Dans la présente Politique Nationale, est considéré comme en situation de vulnérabilité au VIH tout enfant ou adolescent.e de 0 à 24 ans ayant **un lien indirect avec le VIH**, et qui :

a) est dans une situation l'exposant au VIH :

- Victime de violence (viol, abus ou exploitation sexuelle, Mutilation Génitale Féminine)
- Adolescente, notamment les jeunes filles victimes d'exploitation sexuelles
- En situation de handicap ;
- travailleur de sexe en contexte de vulnérabilité
- Usager(ère) de drogues.

b) vit dans un milieu à risque au VIH:

- Milieu des travailleur(lleuse)s de sexe et des usagers de drogues ;
- Milieu carcéral ;
- En situation de rue (enfant ou adolescent(e) des rues)

1.1.5 Famille

La famille est une communauté de personnes réunies par des liens de parenté¹⁰. Elle est dotée d'un nom,

¹⁰ La notion de parenté est une « relation sociale [qui] ne se confond pas avec la consanguinité : à partir du lien purement physique de la filiation, chaque société

d'un domicile et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale et matérielle, censée les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif (Lévi-Strauss, 1971).

La protection des enfants, adolescent.e.s et des jeunes incombe principalement à la famille qui doit les aider et faciliter leur socialisation.

Il existe plusieurs types de familles, entre autres :

- **Famille nucléaire**: deux parents avec un ou plusieurs enfants, vivant tous sous le même toit ;
- **Famille polygame** : un homme est en union avec plusieurs conjointes, et vivant tous sous le même toit ou non ;
- **Famille élargie** : parents, enfants, tantes, oncles, grands-parents et autres parents vivant ou non sous le même toit ;
- **Famille reconstituée ou recomposée** : parents vivant avec les enfants issus d'union(s) précédente(s) et/ou de leur union actuelle ;
- **Famille monoparentale** : composée d'un père ou d'une mère de famille sans conjoint(e) avec un ou plusieurs enfants ;
- **Famille sans adulte** : composée uniquement d'enfants et/ou adolescent.e.s, dont le plus âgé joue le rôle de chef ménage ;

construit son système de parenté, qui est un système arbitraire de représentation, présent seulement dans la conscience des hommes et non dans le développement d'une situation de fait [...] s'aidant d'un rituel sans rapport avec le lien de filiation et de consanguinité engendrant néanmoins les mêmes droits et les mêmes obligations » (D. PAULME, 1963)

- **Famille d'accueil** : Une famille agréée suivant une procédure décrite par arrêté du ministre chargé de la protection de l'enfant et l'effet d'accueillir en son sein un enfant qui lui sera confié par décision¹¹ du juge du tutelle à des fins de protections recevant en son sein un enfant qui n'est pas le sien ;
- **Famille de confiance** : caractéristique d'une famille dans laquelle un enfant transite depuis le foyer de ses parents biologiques vers le foyer d'un membre de la famille, d'un ami, ou d'une simple connaissance, qui en assure la garde et l'entretien, voire plus.
- **Famille d'adoption** : filiation d'enfants en vertu d'un acte juridique qui légitime l'adoption et la filiation et conduit souvent à la transmission d'un nom.

Quel que soit le type de famille, les besoins d'épanouissement, de développement et de protection des enfants demeurent les mêmes¹².

I.2 Le développement de l'enfant, l'adolescent.e (et du jeune adulte)

Le monde de l'enfant se construit à travers les échanges avec sa mère, son père et son environnement social. Ainsi, la qualité des premiers échanges est importante car elle permet à l'enfant de :

¹¹ Décret n°2023-90 du 15 Février 2023 portant réglementation des familles d'accueil.

¹² PN-OEV, *Évaluation de l'offre de service aux OEV et leurs familles dans cinq régions de la Côte d'Ivoire : Abidjan-Abobo, Bouaké, Bondoukou, Man, San-Pedro - Rapport final*, 2017

- Se faire confiance ;
- Faire confiance aux autres pour pouvoir penser, aimer, agir, devenir progressivement autonome et avoir une personnalité propre.

Pendant la croissance, la motricité, les fonctions sensorielles, le fonctionnement cognitif se développent en interaction les uns avec les autres, dans un bain affectif et de langage et selon des étapes définies que l'on peut regrouper par tranche d'âge : 0- 1 an, 1-3 ans, 3-5/6 ans, 6-11 ans, 11- 18 ans. (*Piaget J., Delachaux et Niestlé, 1936*).

1.2.1 Les enfants de 0 à 1 an

La première année est une période de grande vulnérabilité et de dépendance totale de la mère ou de son substitut. Les spécificités sont développées dans le Tableau n°1.

Tableau 1 : Développement de l'enfant de 0 à 1 an

Réactions de L'Enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
L'enfant est totalement dépendant de sa mère/ substitut. L'activité première est la succion (tétée) qui permet à l'enfant de se nourrir, de se sentir aimé, en sécurité, de s'attacher, de prendre connaissance du monde et d'aimer à son tour. Il apprend à faire confiance à ses parents/substituts et montre de la méfiance à l'égard des inconnus. Il développe, ses capacités physiques (tendre la main, s'asseoir, etc.), son aptitude à jouer ainsi qu'une attitude d'espoir si la confiance est forte.	Favoriser la communication parents-enfants dans un langage adapté à son âge. Être fiable, attentif aux besoins nutritionnels, affectifs et de protection de l'enfant. Apporter à l'enfant un amour inconditionnel.	Répondre à temps (dès que le besoin se présente) et correctement en particulier en respectant les mesures d'hygiène, aux besoins de base d'un enfant aide à bâtir sa confiance. Si l'enfant n'est pas aimé et soutenu quoiqu'il arrive, il peut, devenu adulte, ne pas avoir confiance aux autres, développer la peur pour sa sécurité et devenir anxieux à la découverte du monde. Son identité prend forme avec l'estime de soi quand il réussit des actions.

1.2.2 Les enfants de 1 à 3 ans

L'enfant arrive à faire de plus en plus de choses tout seul. Il évolue entre l'autonomie et veut en même temps maintenir les liens d'attachement. Les spécificités sont développées dans le Tableau n°2.

Tableau 2: Développement de l'enfant de 1 à 3 ans

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
L'enfant commence à être un individu autonome en apprenant à coordonner ses mouvements, à marcher, à parler et à manger seul. Ses facultés motrices lui permettent d'entreprendre de nouvelles actions. C'est l'âge du « non », il veut tout faire lui-même : les conflits sont fréquents avec	Favoriser la communication parents-enfants dans un langage adapté à son âge. Être patient et encourager l'enfant à devenir autonome. L'inviter à agir, lui montrer les objets, les décrire et les analyser. Faire des promesses : le	Là où il n'obtient pas le soutien et l'encouragement nécessaires, ou lorsqu'il est blâmé, l'enfant peut développer le repli sur soi, expérimenter la honte et se mettre à douter de lui-même. Si le parent ou le substitut parental ne fait

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
les parents. Il s'inscrit dans une relation où on donne ou on retient (comme les selles). L'enfant apprend à être propre au niveau du « pipi » et du « caca » (propreté sphinctérienne). Il ne reste pas tranquille, touche à tout et est toujours dans la provocation. Il se surestime et a une vision manichéenne du monde: (fort/faible ; grand/petit, etc.). Son développement cognitif renforce son désir de connaître et de comprendre.	parent est vu comme quelqu'un qui a du pouvoir et des intentions. Questionner l'enfant sur ses désirs et ses savoirs et le complimenter : cela l'encourage, et l'amène à se sentir comme une personne à part entière et comme quelqu'un qui réussit des choses. Raconter des histoires et fournir des explications: l'enfant cherche les causes des choses, il organise ses images et ses	qu'humilier l'enfant, ce dernier aura des doutes sur sa capacité à réussir quelque chose et il se sentira mal à l'aise ou peu sûr de lui-même. Par exemple insulter un enfant parce qu'il a fait pipi au lit est très méprisant pour lui.

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
Il éprouve de nouvelles émotions devient capricieux et désobéissant.	souvenirs, il apprend à poser des questions et à critiquer ce qu'il voit. Remettre les actions à d'autres moments, relier les actions à une fin: l'enfant est éduqué au contrôle de soi, au sens du futur, à la planification, etc.	

1.2.3 Les enfants de 3 à 5/6 ans

C'est la période du préscolaire. L'enfant a une pensée plus logique et l'intelligence des liens de cause à effet. Il commence à s'attacher à ses pairs.

Tableau 3: Développement de l'enfant de 3 à 5/6 ans

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
L'enfant s'essaie à des activités; il découvre et se bat beaucoup avec les autres enfants. Il est plein d'énergie et commence à s'interroger sur le monde qui l'entoure. Il veut maîtriser le monde autour de lui et prend des initiatives verbales et motrices. L'enfant commence à se rendre compte de la différence des sexes, à se préoccuper de ses origines. Il s'attache à son parent de	Favoriser la communication parents-enfants dans un langage adapté à son âge. Permettre à l'enfant de faire ses propres expériences. Donner des réponses honnêtes aux questions soulevées. Encourager verbalement l'enfant lorsqu'il réussit quelque chose. Réprimander mais pas	L'enfant donne de l'importance aux gens de l'extérieur (Éducateur.trice préscolaire, camarades, ...). Il développe la relation d'échange et l'agressivité verbale (gros mots). Un échec dans l'accomplissement de ces tâches conduit à un sentiment de culpabilité qui peut se manifester par la colère ou la

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
sexe opposé tout en imitant celui de même sexe. Il s'adonne à des attouchements et jeux sexuels (il découvre son corps et celui des autres), il fabule (petits mensonges), se réfère à ses parents comme figure de sécurité. L'enfant s'accomplit dans une variété de domaines (intellectuel, physique, social).	durement les cas d'échec. Encourager la créativité et l'ouverture. Encourager l'ouverture sur les sentiments. (liens sociaux et familiaux)	déception. Il peut également en résulter un comportement suiviste et une incapacité à affronter tout seul les situations de la vie. La rivalité avec les autres peut créer un sentiment de culpabilité. L'enfant peut se sentir coupable de choses qui ne devraient logiquement pas susciter de culpabilité.

1.2.4 Les enfants de 6 à 11 ans

C'est la période scolaire du primaire : l'enfant passe d'une vision centrée sur lui à l'idée que le monde est une réalité complexe où il doit trouver sa place.

Tableau 4: Développement de l'enfant de 6 à 11 ans

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
L'enfant est occupé à construire, à créer des choses. Il reste moins attaché à ses parents et s'intéresse aux jeux avec ses camarades à l'extérieur de la maison. Il intègre les valeurs des autres. La vie scolaire devient importante. Il devient plus autonome sur tous les plans (affectif, psychomoteur,	Favoriser la communication parents-enfants dans un langage adapté à son âge. Apporter un soutien approprié à l'enfant en proposant par exemple d'autres moyens pour atteindre les mêmes résultats. Encourager les efforts	Un sentiment de compétence personnelle se développe grâce à l'encouragement de ses performances positives. C'est la base de l'estime personnelle de l'enfant. Un contrôle excessif peut engendrer le conformisme ou

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
intellectuel etc.) et peut amorcer une scolarisation réussie. Sa mémoire se développe et il prend conscience de ses particularités, de son identité, des attentes à son égard selon le genre. L'enfant peut soit se décourager lorsqu'il n'arrive pas à réussir l'activité, soit l'abandonner et se sentir inférieur à ses pairs.	de l'enfant et ses efforts d'identification à ses pairs. Encourager une attitude positive même lorsqu'il y a des difficultés.	diminuer sa créativité ; le manque de reconnaissance peut créer une insuffisance de l'estime de soi.

1.2.5 Les adolescent.e.s de 11 à 18 ans

L'enfant devient adolescent.e, et l'adolescence est une période de changement sur le plan du développement physique, social et psychologique.

Tableau 5: Développement de l'adolescent.e de 11 à 18 ans

Réactions de l'adolescent.e	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
Le corps de l'adolescent.e subit des transformations (muscles, voix, pilosité, rondeurs des hanches, menstrues chez les filles, pollutions nocturnes (ou rêve mouillé) chez le garçon). L'adolescent.e se bat pour développer sa propre identité, une ressemblance avec les autres/pairs. Il/Elle est préoccupé par les	Favoriser la communication parents-enfants dans un langage adapté à son âge. Aider l'adolescent.e à comprendre ses transformations corporelles, à s'ouvrir aux membres de son entourage, et à participer aux jeux avec les camarades du quartier et de l'école. Établir des limites de concert avec l'adolescent.e	Les situations les plus à risque à l'adolescence : Les deuils (mal acceptés ou brutaux), Le divorce (quand il se passe mal mais aussi quand l'enfant ne l'accepte pas) Les agressions physiques (coups, viols), agressions verbales (les insultes, humiliations, malédictions etc.)

Réactions de l'adolescent.e	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
apparences, les croyances, les valeurs. Il/Elle commence à manifester un grand intérêt pour les pairs du sexe opposé, avec un désir d'intimité et les risques possibles (grossesse non désirée, IST/VIH). Il/Elle a tendance à s'opposer systématiquement à ses parents et remet tout en cause. Il/Elle se détache de sa famille au profit de ses amis	(l'amener à prendre conscience des effets néfastes de certains excès, de l'importance de la maîtrise de soi, des valeurs familiales et sociales) Le respecter et lui faire confiance pour ne pas nuire à son estime de soi (le féliciter pour ses efforts et ses bonnes attitudes) Lui parler franchement (utiliser le pronom « Je »), lui donner l'opportunité d'exprimer ses	Les climats de mal-être familial (chômage, violence conjugale, maladie dans la famille, alcoolisme), Les crises narcissiques (liées à l'image de soi) et identitaires avec des angoisses intenses quant à l'authenticité et à l'intégrité de soi, du corps et du sexe, Une tendance au passage à l'acte.

Réactions de l'adolescent.e	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
avec lesquels il apprend à être reconnu, à régler sa conduite. L'adolescent.e veut être indépendant.e mais il/elle reste toujours dépendant.e. <i>NB : La puberté ne survient pas au même âge chez tous les adolescent.e.s.</i>	préoccupations et de dire ce qu'il pense, Référer si possible l'enfant à un spécialiste pour plus de conseils (travailleur social, enseignant, bénévole, agent de santé, conseiller communautaire, etc.).	

1.2.6 Le développement du jeune adulte

Le jeune adulte est responsable, devient plus autonome et sociable.

Tableau 6: Développement du jeune adulte de 18 à 24 ans

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
Le corps de l'adolescent.e a fini ses différentes transformations ; L'adolescent.e a une identité, Il/Elle s'est assagit, Plus tranquille, le jeune majeur conquiert tout à fait son indépendance, il trouve sa place dans la société et s'épanouit dans son rôle. Il est désormais capable de transformer son environnement lui-même.	Continuer la communication parents-enfants; Accepter que l'adolescent.e/jeune adulte se détache progressivement des parents (si produit) ; Laisser l'adolescent.e/jeune adulte faire ses propres choix sous l'orientation des parents ; Continuer l'encadrement du jeune adulte à distance dans sa vie privée, professionnelle, sentimentale, scolaire et universitaire ;	Les situations les plus à risque chez le jeune adulte sont les mauvais choix (partenaire de vie, carrière/orientation professionnelle, etc.) ; Il/Elle a une capacité de résilience et est capable d'affronter tout seul les situations de la vie.

Réactions de l'enfant	Conseils aux parents/ substituts parentaux	Observations
	En cas de difficulté, accepter que l'adolescent.e/jeune adulte revienne dans le cocon familial s'il/elle avait commencé à prendre son envol et autonomie.	

Source : Guide de Maria Montessori, Médecin et pédagogue italienne

NB : A chaque stade de son développement, l'enfant, l'adolescent.e ou le jeune adulte peut être confronté.e à des crises. C'est pourquoi, la famille doit jouer un rôle central à chaque étape de ce processus.

Le parent est le premier interlocuteur dans la résolution des problèmes.

Les tranches d'âge qui constituent les étapes de développement ne sont pas figées et peuvent sensiblement varier d'un individu à un autre. Le stade suivant est atteint quand il n'y a pas eu de problèmes au stade précédent qui va alors s'effacer progressivement.

La connaissance du développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent.e est nécessaire dans le soutien psychosocial de l'OEV.

CHAPITRE II : LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DE L'ENFANT

2. I Définitions

2.1.1 Le soutien psychologique

Le soutien psychologique est la mise en œuvre de moyens basés sur l'écoute, la parole et l'observation pour secourir une personne qui est aux prises avec des difficultés psychologiques la gênant dans son adaptation sociale¹. Il constitue la relation d'aide qui vise chez la personne aidée à traverser une épreuve, à résoudre une situation de vie problématique, à trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et à détecter le sens de la vie.

2.1.2 Le soutien social

Le soutien social, selon le *Guide National de prise en charge communautaire des PVVIH*, se traduit par toute initiative prise par le travailleur communautaire afin d'améliorer la qualité de vie du bénéficiaire (les OEV, les membres de leurs familles, leurs communautés). Le soutien social prend en compte les volets alimentaire, scolaire, économique et juridique (*Source : Manuel de référence des soins palliatifs pour les agents communautaires*).

2.1.3 Le soutien psychosocial

Le soutien psychosocial est une relation d'aide basée sur l'écoute, l'expression et l'observation en vue d'aider une personne à surmonter les difficultés qui perturbent son équilibre psychologique et son adaptation sociale. Il prend en compte les besoins physiques, émotionnels, sociaux, mentaux et spirituels considérés comme

essentiels pour le développement humain (*Standards pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV et leurs familles, 2023*).

NB : Il est recommandé à l'intervenant social de faire preuve d'empathie (être accueillant, n'avoir aucun préjugé et être respectueux de la dignité et de l'élan émotionnel de l'aider, etc.) au cours des séances d'aide.

L'intervenant social doit aussi prendre en compte les cinq piliers du bien être psychosocial à savoir ;

Pilier 1 - Sûreté, sécurité et stabilité ; Se sentir en sécurité physique et émotionnelle

Pilier 2 - Liens, relations et réseaux ; Se sentir connecté à des liens et des réseaux de soutien

Pilier 3 - Rôles et identités :

Se sentir digne, avec des rôles et des identités reconnus concernant qui nous sommes, d'où nous venons, et ce que nous faisons, ou aimerions faire.

Pilier 4 - Justice et droits ; Se sentir respecté et capable de développer une conscience critique et la capacité de lutter contre l'injustice et d'accéder aux droits

Pilier 5- Espoir et sens de la vie :

Se sentir plein d'espoir pour l'avenir et conserver ou développer le goût de la vie.

2.2. Facteurs à prendre en compte en travaillant avec les enfants et les adolescent.e.s

2.2.1- L'âge de l'enfant

Les réactions des enfants et adolescent.e.s étant fonction de leur âge, il importe pour toute personne voulant les soutenir, de les prendre en considération.

2.2.2- L'âge des parents ou substituts parentaux

Il est important de tenir compte de l'âge des parents/substituts parentaux.

- Si ces derniers sont des adolescent.e.s, il faut être sensible à leur stade de maturité et leur sens des responsabilités.
- Si ce sont des personnes très âgées, il faudra prendre en compte leurs capacités (physique, mentale, morale) à prendre soin des enfants et adolescent.e.s qui sont à leur charge.

2.2.3 La Parentalité

La « parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico- psycho-social qui désigne de façon très large la fonction d'« être parent »en y incluant à la fois les responsabilités juridiques, telles que la loi les définit, des responsabilités morales, telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives». (Dictionnaire critique de l'action sociale, 1995).

Il existe des droits et devoirs liés à la parentalité. Les conséquences d'une mauvaise parentalité rendent l'enfant vulnérable. Par exemple, on peut observer des

carences alimentaires et nutritionnelles, un retard dans la croissance de l'enfant (staturo-pondéral et psychomoteur), des échecs scolaires, etc.

2.2.4- Le type de famille

Quel que soit le type de famille, elle a une influence sur le comportement de l'enfant et de l'adolescent.e. Il faut donc prendre en compte les interactions entre celui-ci/celle-ci et sa famille (conflits parent-enfant, rapport avec la fratrie, etc.) dans l'offre du soutien psychosocial.

Certaines situations, telles que les divorces et séparations, les familles monoparentales, l'accroissement des problèmes économiques (chômage, bénéficiaires de prestations sociales), peuvent fragiliser les familles.

2.2.5 Le cadre de vie

Il est indispensable de tenir compte de l'environnement qui peut avoir une influence sur le comportement de l'enfant et de l'adolescent.e (en situation de rue, qui vit dans un milieu violent ; le niveau de discrimination et de stigmatisation ambiant dans la communauté, etc.).

2.2.6 Les aspects culturels et religieux

Les réactions des enfants, des adolescent.e.s et des parents sont parfois liées aux normes sociales, us et coutumes, aux croyances religieuses et à l'éducation. Toute intervention en leur direction doit tenir compte de ces aspects.

2.2.7 L'équilibre psychologique de l'intervenant

Il est primordial pour l'intervenant d'avoir un bon équilibre psychologique, c'est-à-dire être capable de gérer ses propres émotions. La relation intervenant social/OEV suscite des sentiments et des émotions d'une part chez l'enfant et sa famille, et d'autre part chez l'intervenant social.

- Principe 1 : Survie et développement

La stimulation et l'attachement se développant au sein d'une relation stable et enrichissante sont essentiels à tous les aspects du développement du bébé et du jeune enfant. Les intervenants sociaux doivent tenir compte des répercussions du système socio-écologique de l'enfant ainsi que de sa réponse sur (a) la réalisation du droit à la vie des enfants. Les enfants doivent être soutenus dans l'utilisation de leurs propres forces et de leur résilience afin de tirer le maximum de leurs opportunités de survie et de développement.

- Principe 2 : Non-discrimination et intégration

Cela inclut le respect de la dignité inhérente, de la diversité et de l'acceptation de tous les enfants. Aucun enfant ne doit faire l'objet de discrimination en raison de son genre, son orientation sexuelle, son âge, son handicap, sa nationalité, son mode de vie ou de toute autre raison.

- Principe 3 : La participation des enfants

Lors des VAD, des focus groupes, des activités de groupes de parole la participation cultivent l'espoir, ce qui permet aux enfants de penser à la possibilité d'un changement positif. Les enfants peuvent œuvrer en faveur d'un

changement positif en s'engageant dans des processus de prise de décision en fonction de l'évolution de leurs capacités et de leur indépendance.

- Principe 4 : Intérêt supérieur de l'enfant

Le terme "intérêt supérieur de l'enfant" décrit globalement le bien-être d'un enfant. Ce bien-être est déterminé par diverses circonstances individuelles (telles que le genre, l'âge, le niveau de maturité et d'expérience) ainsi que d'autres facteurs (tels que la présence ou l'absence de parents, la qualité des relations entre l'enfant et la famille / la personne en charge de l'enfant, dans le traitement ARV, dans le processus d'annonce du statut VIH etc.

NB : Se référer à la politique de sauvegarde de l'enfant propre à chaque structure (mécanisme de prévention de violation des droits de l'enfant).

2.3. Le cadre de l'intervention

2.3.1 A l'intérieur du centre de santé ou le site d'accompagnement

Les soins et soutien aux OEV et leurs familles s'adressent à 3 types de personnes : l'enfant et l'adolescent, e, le parent et la famille.

Le personnel du centre de santé ou de l'organisation d'accompagnement doit faire en sorte que la structure soit un environnement dans lequel l'enfant ou l'adolescent se sente à l'aise et en sécurité sur les plans

physique et émotionnel.

Autant que possible, il est recommandé que le site de soins et soutien prévoie un « *Espace Enfants et adolescent.e.s* » ou une « *Salle Enfants et adolescent.e.s* » : *et des services conviviaux adaptés*

a) La salle

- Un espace réservé aux enfants et adolescent.e.s au sein du site de soins et soutien. S'il n'y a pas de salle disponible en permanence, une pièce ou un espace sécurisé peut leur être alloué.e lors des journées qui leurs sont consacrées. Si possible, elle pourrait être dotée d'ordinateurs et d'une connexion internet pour les adolescent.e.s et jeunes du site, ainsi que d'ouvrages de tous ordres.
- Ce lieu leur permettra de jouer, lire, voir des films, écouter la musique, naviguer, réaliser des activités avec un animateur ou participer à des séances de groupe ;
- Cette salle doit avoir des décorations conviviales murales adaptées aux enfants. Le personnel encouragera la décoration faite par les enfants eux-mêmes lors des activités ;
- Le mobilier de la salle doit être aussi adapté à la cible :

- Aux enfants : petites chaises avec table basse, tapis, coussins, etc. S'il n'y a pas de mobilier disponible, il faut s'assurer que le sol est propre et sécurisant pour que les enfants puissent s'asseoir et jouer par terre ;
- Aux adolescent.e.s et jeunes adultes : chaises, bancs, tables, ordinateur de bureau, littérature et ouvrages, jeux adaptés
- Il est recommandé d'utiliser des matériaux lavables pour la salle ;
- Le personnel ou les bénévoles doivent organiser la distribution de jouets et les récupérer après les séances de jeux. Certains adultes (si possible des membres d'organisations partenaires) devraient jouer avec les enfants dans la salle ;
- Afin d'éviter la stigmatisation, dans la mesure du possible, cet espace peut être disponible non seulement pour les enfants infectés par le VIH, mais aussi pour tous les enfants venant pour tout service médical ou tout simplement ceux accompagnant leurs parents.

b) Les intervenants sociaux

Il est essentiel de faire en sorte que les soins et traitement dispensés à l'enfant et à l'adolescent.e lui soient le moins déplaisant possible, sinon adaptés à ses besoins spécifiques.

Toutes les personnes du centre de santé qui sont impliquées dans les soins et l'accompagnement de l'enfant doivent :

- Connaître l'histoire de l'enfant et sa situation actuelle afin de ne pas poser plusieurs fois les mêmes questions à l'enfant et au parent ;
- Être cohérent dans les propos tenus à l'enfant ;
Connaître le rôle de chaque membre de l'équipe ;
- Échanger des informations sur l'enfant, discuter et prendre des décisions ensemble en cas de problème.

c) **Les outils de suivi**

A part **le dossier médical**, chaque enfant doit avoir :

- **Un dossier de counseling** dans lequel l'intervenant social note les connaissances de l'enfant sur la maladie, son évolution, la situation concernant l'annonce progressive de sa sérologie, ses réactions émotionnelles, son attitude envers la maladie et le traitement, l'attitude du parent, les problèmes rencontrés au cours du traitement.
- **Un dossier social** dans lequel l'intervenant social

note les informations sur la situation sociale de l'enfant et de la famille, le lieu de vie de la famille, les conditions de vie, les principaux problèmes rencontrés par la famille (école, santé, logement, argent, nourriture, stigmatisation, etc.), le compte-rendu des visites à domicile réalisées, les solutions proposées à la famille pour chaque problème.

Le dossier médical et le dossier de soutien psychosocial doivent contenir des informations résumées sur la situation sociale de l'enfant et de sa famille.

Le dossier de soutien psychosocial et le dossier social de l'enfant ou de l'adolescent.e doivent être tenus à jour ; à chaque séance, l'intervenant social qui le reçoit doit compléter ces deux dossiers en écrivant la date, quelques lignes sur sa situation (l'évolution de l'annonce de sa sérologie, l'observance, les informations générales éducatives et émotionnelles recueillies sur lui) et les recommandations formulées.

Avant chaque séance avec l'enfant et l'adolescent.e, l'intervenant social doit relire ces deux dossiers et retenir sa situation individuelle.

2.3.2 Dans la communauté

Le soutien psychosocial à l'enfant infecté à domicile/dans la communauté a pour but de :

- Aider l'enfant à renforcer son observance/adhérence au traitement ARV et à améliorer sa qualité de vie ;
- Limiter le nombre d'enfants qui abandonnent le traitement ;
- Retrouver les perdus de vue afin de les réintégrer dans les soins.

L'intervenant social peut mener deux types d'activités :

- **Les visites à domicile (VAD)** régulières afin de :
 - Faire le suivi de la situation sociale de l'enfant ;
 - Faire le suivi de tous les aspects liés au traitement (respects des rendez-vous au centre de santé, prise de médicaments, etc.) ;
 - Évaluer la situation de l'enfant dans sa famille (afin de vérifier qu'il n'y a pas d'enfants privilégiés par rapport à d'autres dans le ménage) et à l'école ;
 - Rechercher tout problème particulier de l'enfant.
- **Les groupes de soutien (ou groupe de parole)**, où les enfants/adolescent.e.s et jeunes adultes et/ou parents échangent sur leurs expériences, sentiments, problèmes, et s'aident mutuellement à résoudre les problèmes d'ordre pratique.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODES ET TECHNIQUES DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

CHAPITRE I : MÉTHODES ET TECHNIQUES DU COUNSELING

Le counseling est un dialogue confidentiel entre un ou des bénéficiaires (l'OEV, les membres de sa famille, le substitut parental, les soignants etc.) et l'intervenant social en vue de l'/les aider à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels il(s)/elle(s) doit (doivent) faire face. Le counseling peut être individuel ou de groupe (au maximum 15 personnes). Il est le fondement du soutien psychosocial et a pour méthodes l'écoute active, l'observation et l'expression.

1.1 L'écoute active

L'écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer. Elle a été développée par le psychologue américain Carl Rogers, l'initiateur des techniques non-directives. Cette approche se caractérise par la manifestation d'un respect et d'une confiance chaleureuse envers l'interlocuteur, pour qu'il brise ses défenses et s'exprime librement (*Carl Rogers, 2015*).

L'écoute active permet souvent d'établir un lien de confiance rapide. Pour être efficace dans la mise en œuvre de cette méthode de counseling, l'intervenant social doit :

- Éviter d'avoir des préjugés et d'interpréter ce que dit le bénéficiaire ;
- Adopter une attitude physique de disponibilité ;
- Laisser le bénéficiaire s'exprimer sans l'interrompre ;
- Poser des questions (ouvertes) sans que cela soit

systematique ;

- Demander au bénéficiaire de préciser ce qu'il veut dire, lorsque ses paroles et propos ne sont pas assez précises ou qu'elles sont trop générales,
- Maintenir le contact visuel avec le bénéficiaire,
- Montrer par le langage du corps (gestes, expression du visage, ton de la voix, etc.) qu'il écoute et comprend ce que dit le bénéficiaire ;
- Encourager le bénéficiaire à continuer de parler à travers des signaux verbaux (en disant par-exemple « Je vois », « Continue »), des signaux non verbaux (comme hocher la tête, acquiescer),
- Reformuler ce que dit le bénéficiaire avec ses propres mots, (cela permet au bénéficiaire de se sentir en confiance et de savoir que ce qu'il a dit a été bien compris par l'intervenant social) ;
- Rester parfois silencieux quand c'est nécessaire ;
- Chercher à comprendre le bénéficiaire sans le juger ;
- Rester neutre et bienveillant ;
- Résumer les points importants de ce que le bénéficiaire a dit quand il a fini de parler, cela permet à l'intervenant social d'orienter son conseil. Si nécessaire, changer de sujet pour développer certains points essentiels du conseil ;
- Éviter de raconter ses propres histoires.

1.2 L'observation

L'observation est le complément indispensable de l'écoute pour la compréhension de l'autre. Il faut donc saisir les expressions significatives de son vécu au niveau verbal, mimique et postural. Par exemple, un sourire triomphant

pourrait signifier la satisfaction. Si quelqu'un reste silencieux, l'on peut y voir l'expression d'une gêne ou d'un blocage quelconque. Si l'utilisateur change brusquement de sujet au cours de l'entretien, il faut y voir une conduite d'évitement ou de fuite de quelque chose.

1.3 L'expression

Afin d'avoir avec son usager une communication efficace, la manière et les mots utilisés par l'intervenant social lorsqu'il prend la parole doivent respecter certains principes, exemples :

- Adapter le niveau du langage au bénéficiaire ;
- Avoir recours à un interprète le cas échéant, avec le consentement du bénéficiaire (voir fiche technique).

CHAPITRE II : DÉROULEMENT DU COUNSELING

Le counseling qu'il soit individuel ou de groupe, se déroule en plusieurs étapes.

2.1. Le counseling individuel

2.1.1 Définition

Le counseling individuel est un dialogue confidentiel entre un bénéficiaire (l'OEV, les membres de sa famille, etc.) et l'intervenant social en vue de l'aider à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels il doit faire face.

2.1.2 Les étapes du counseling individuel

Le processus du counseling individuel se déroule en cinq (5) étapes :

- La mise en confiance ;
- L'exploration pour comprendre ;
- Le partage des solutions possibles ;
- L'aide au bénéficiaire pour le choix de la meilleure solution ;
- La poursuite ou l'arrêt du counseling.

Toutefois, pour le premier entretien avec un enfant, la présence d'un parent/substitut parental est nécessaire afin d'avoir une vue d'ensemble sur son vécu familial et social. Ce premier contact aide l'intervenant social à obtenir le consentement éclairé du parent/substitut parental.

Tableau 7: Les étapes du counseling

ETAPE 1: La Mise en confiance	ETAPE 2: L'exploration	ETAPE 3: Le partage de solutions	ETAPE 4: L'aide pour le choix de la meilleure solution	ETAPE 5: La poursuite ou l'arrêt du counseling
L'intervenant social établit une relation d'affinité avec le bénéficiaire (l'accueillir avec un sourire, l'installer, dire un mot de bienvenue, se présenter mutuellement, et le rassurer etc.), et facilite ainsi les échanges avec celui-ci.	L'intervenant social s'informe sur le bénéficiaire, sa vie de famille, sa vie sociale, ses loisirs, ses projets, sa vision, etc.	L'intervenant social aide le bénéficiaire à trouver des solutions pour résoudre son/ses problème(s).	A partir de multiples interrogations, l'intervenant social accompagne le bénéficiaire dans le choix de la meilleure solution et l'encourage à l'appliquer.	La poursuite du counseling est liée aux besoins du bénéficiaire et de l'identification de personnes susceptibles de le soutenir. L'arrêt est lié à la satisfaction du problème et peut s'accompagner d'un suivi.

2.2 Le counseling de groupe

2.2.1 Définitions

a) Counseling de groupe

Le counseling de groupe est un entretien confidentiel entre des usagers (l’OEV, les membres de sa famille/substituts parentaux, les soignants, etc.) et l’intervenant social en vue de les aider à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels ils doivent faire face. Ces usagers sont regroupés selon qu’ils vivent la même situation ou sont confrontés aux mêmes difficultés. Le counseling de groupe doit s’adresser à un maximum de 15 bénéficiaires (par souci d’efficacité et de qualité des résultats. Il est recommandé de ne jamais dépasser ce nombre).

b) Groupe de soutien (ou groupe de parole)

Le groupe de soutien est un ensemble de personnes qui se rencontrent régulièrement pour échanger et discuter sur des problèmes communs avec l’aide d’un facilitateur. (Manuel de formation sur le Développement des Groupes de Soutien des PVVIH, 2010).

Il a pour objectifs de :

- Aider les membres à se soutenir en prenant en charge leur propre bien-être et celui du groupe ;
- Aider à la résolution des problèmes identifiés ;
- Permettre aux membres d’acquérir des compétences pour leur propre développement et celui de la communauté

Le counseling de groupe se réalise au cours des réunions de groupe de soutien lorsque le thème abordé est relatif à un

soutien psychosocial.

2.2.2 Les étapes de réalisation du counseling de groupe

Ces activités sont réalisées selon trois grandes étapes : l'introduction, la mise en œuvre de l'activité et le rituel de fin.

Tableau 8: Les étapes du counseling de groupe

Etape 1: Introduction	Etape 2: Mise en œuvre de l'activité	Etape 3: Rituel de fin
Accueil et installation des participants Mot de bienvenue Présentation de chaque participant Etablissement ou rappel des règles de base à appliquer. Introduction du thème du jour Mise en train	Elle est fonction de chaque type d'activité. Il s'agit ici d'orienter les participants dans les ateliers en fonction de leur spécificité (âge, statut sérologique, statut familial, etc.)	Demander aux participants de tirer les leçons de l'activité afin de les mettre en pratique. Dire au revoir au groupe et s'assurer que les participants, surtout les plus jeunes parmi les enfants, sont récupérés par leurs familles.

2.2.3 Les interventions du soutien psychosocial aux enfants et adolescent.e.s infecté.e.s

Il est préférable que l'enfant et le parent soient suivis par le même intervenant social à chaque visite au centre de santé ou lors des visites à domicile.

Le counseling peut être individuel, familial, ou se faire à travers les groupes de soutien.

En dessous de l'âge de 6 ans, les séances de counseling se feront dans la plupart des cas avec l'enfant et le parent ensemble, sauf si l'intervenant social suspecte certains problèmes qui exigent que le parent ou l'enfant soit entendu seul.

À partir de l'âge de 6 ans, l'idéal est de tenir des séances différentes, avec des contenus différents, soit avec le parent seul, ou avec l'enfant seul, ou avec les deux ensembles.

À partir de l'âge de 12 ans, la plupart des séances de counseling se feront avec l'adolescent seul. Toutefois, il est nécessaire que le parent continue de venir et de s'impliquer dans l'accompagnement de l'adolescent.

Dans les groupes de soutien, il ne faut jamais mettre ensemble les enfants qui connaissent leur statut sérologique avec ceux qui n'ont eu qu'une annonce partielle de leurs statut sérologique ; le nombre idéal d'enfants est de 15 au maximum par séance.

Les séances de groupe de soutien pour les enfants et adolescent.e.s vivant avec le VIH devraient aborder les thèmes suivants :

- La santé générale : théorie des microbes, nutrition, etc. ;
- L'hygiène générale : eau potable, lavage des mains, etc. ;
- L'anatomie et la physiologie humaine : les éléments du sang, le système immunitaire, etc. ;
- Le VIH/sida : prévention, transmission, infections opportunistes, etc. ;
- Les ARV : adhérence, effets secondaires, mutation, résistance, etc. ;
- Les autres maladies : paludisme, choléra, infections sexuellement transmissibles (IST), etc. ;
- Vivre avec le VIH/sida : annonce de la sérologie, émotions ressenties, stigmatisation, exclusion, relations familiales, vivre positivement, importance du groupe de soutien, etc. ;
- L'organisation de la prise en charge au centre de santé et dans la communauté : relation avec les soignants, information sur l'offre de soins et soutiens aux enfants, aux OEV et leurs familles, etc. ;
- L'adolescence : compétences de vie courante, relations avec les autres, sexualité, mariage, planification de l'avenir, etc. ;
- Le deuil et sa gestion ;

Tout autre thème proposé par les membres du groupe de soutien (en relation avec la vie professionnelle tel que le CV, la lettre de motivation...).

N.B : Les personnes formées sur ces sujets devront aborder les thèmes en tenant compte du développement intellectuel et de la maturité de l'enfant.

CHAPITRE III : LES TECHNIQUES ET SUPPORTS DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

On distingue les outils pour les OEV en général (infectés ou non) et ceux spécifiques aux OEV infectés. Parmi les outils destinés à tous, nous avons les jeux, les activités récréatives, l'écriture et la discussion, les outils audios, les films, les spectacles, la fête des enfants, l'échelle visuelle analogue.

3.1 Les techniques du soutien psychosocial

❖ Les jeux

Ce sont des jeux aisés conçus pour jouer seul ou à deux, et qui peuvent être utilisés pour le plaisir, l'expression émotionnelle ou encore l'éducation :

- Les images cachées : une image apparaît au fur et à mesure que l'enfant colorie les différentes parties de l'image avec des couleurs différentes, ou relie des points ou des numéros.
- Les mots cachés ;
- Les mots croisés ;
- Les jeux de composition : les enfants doivent remplir les trous dans un récit ;
- Les jeux de construction (lego, etc.) ;
- Les puzzles.

Ils peuvent être utilisés par les enfants dans l'espace des enfants, ou pour observer une pause au cours des séances de groupe. L'intervenant social peut choisir des jeux et les adapter au niveau de vie, à la tradition, à des thèmes liés à la santé et à la maladie.

❖ **Les activités créatives**

Ce sont : le coloriage, le dessin, la peinture, la sculpture, l'artisanat, les origamis (pliages de papier), la pâte à modeler, la thérapie par le sable, la photographie, la confection d'un livre des héros, etc.

❖ **L'écriture et la discussion**

Pour permettre à l'enfant d'exprimer ses émotions, l'intervenant social peut demander aux enfants d'écrire une lettre ou des livres de héros, etc. (Confère Fiche technique).

❖ **L'échelle visuelle analogue**

Ce sont des images montrant des personnages éprouvant diverses émotions dans différentes situations, afin d'aider l'enfant à s'exprimer facilement. Ces images peuvent être des pictogrammes, des visages, des photos réelles d'enfants, des visages de marionnettes ou d'animaux, des chiffres, etc.

En plus de ces outils, il en existe d'autres spécifiques aux OEV infectés. Ce sont les cartes de counseling, les affiches et les dépliants, les outils de suivi du traitement, les manuels et les cahiers, etc.

3.2 Les supports du soutien psychosocial

❖ **Les supports audios**

L'intervenant social peut faire écouter à l'enfant certains documents audio, pour le plaisir et/ou l'éducation : émissions de radio pour les enfants, musique, chansons que

l'enfant peut apprendre et chanter lui-même, histoires.

❖ **Les supports vidéo**

L'intervenant social peut montrer aux enfants des documents visuels pour le plaisir ou l'éducation :

- Téléfilm ;
- Spot vidéo ;
- Dessins animés ;
- Clips vidéo sur des sujets en rapport avec le corps humain, les maladies, le VIH, le traitement ARV, les modes de contamination, l'exclusion sociale, etc.

❖ **Les spectacles**

Les spectacles permettent aux enfants d'exprimer leurs sentiments, d'être orienté sur des notions de vie positive, de développer leurs compétences pour une vie saine (vie en groupe, travail collectif) et de renforcer la cohésion de groupe.

❖ **La fête des enfants et des adolescent.e.s**

Une ou deux fois par an, les intervenants sociaux en collaboration avec le Centre de santé, le Centre social, les organisations communautaires et les familles organiseront une fête afin que les enfants et adolescent.e.s aient de bons souvenirs avec le personnel et leurs amis.

Plusieurs activités réalisées avec les enfants et adolescent.e.s seront présentées, et des distributions de prix ou de récompenses seront réalisées. Les intervenants sociaux devront prendre des dispositions nécessaires pour éviter la révélation involontaire du statut sérologique des

enfants à d'autres personnes à l'occasion de la fête.

3.3 Les supports du soutien psychosocial aux enfants infectés

Pour tous les enfants, les supports suscités peuvent être utilisés. Cependant, avec les enfants infectés l'intervenant social fera appel à des supports spécifiques. Il tiendra également compte du niveau d'information de l'enfant concernant son propre statut sérologique.

❖ Les cartes de counseling

C'est un ensemble de 10 à 15 images, qui servent de support pour toutes les étapes de l'éducation de l'enfant infecté : expliquer la maladie, travailler sur la révélation progressive, préparer au traitement ARV, etc. Elles permettent également un soutien émotionnel.

Elles peuvent être utilisées lors de séances individuelles (petites images) ou en groupe (plus grandes images).

Les jeux de cartes doivent être identiques pour tout le personnel d'une structure. Sur chaque carte, d'un côté se trouve l'image à montrer à l'enfant et de l'autre côté, les notes pour l'intervenant social sur la façon de travailler avec cette image.

NB :

- Ne pas écrire les mots "VIH/sida" sur les images, afin que l'outil puisse être utilisé aussi pour les enfants qui ne connaissent pas encore leur diagnostic ;
- Utiliser des images des virus et des CD4 compréhensibles dans la culture locale (veiller à

demander l'avis des enseignants locaux) ;

- Ne pas traumatiser les enfants, avec un virus VIH paraissant trop horrible. Il doit s'agir en effet d'un méchant personnage, mais l'enfant doit vivre avec cet animal dans son corps ! Les images expliquant le traitement doivent montrer un virus neutralisé grâce aux médicaments.

L'intervenant social peut utiliser les cartes avec différents objectifs :

- Soit pour expliquer progressivement la maladie, le traitement et travailler la révélation partielle puis totale,
- Soit pour aborder les thèmes de la journée.

Dans tous les cas, il ne doit pas faire une leçon, mais privilégier plutôt le dialogue, en sollicitant la participation de l'enfant.

❖ **La boîte à images**

C'est un support visuel de communication de proximité qui aide les enfants à apprendre et à analyser des situations en vue d'un changement de comportement. Il s'agit d'une série de planches mobiles contenant des images et des messages en lien avec la maladie. Ce support présente deux parties : une face constituée d'images visibles par les enfants

Et une autre face opposée décrivant l'image et servant de guide à l'animateur. Elle peut être utilisée en session individuelle comme collective.

❖ Les fiches techniques

Ce sont des supports pédagogiques qui décrivent les étapes à suivre pendant l'animation de groupe de soutien ou des séances individuelles. Ces fiches sont contenues dans des cahiers qui traitent d'une thématique en rapport avec la maladie. Ces fiches abordent des sous thèmes en lien avec la thématique.

Les fiches techniques sont classées par catégories :

- Fiches de conduite des séances de counseling individuel avec les OEV ;
- Fiches d'animation des séances de Clubs d'Enfants
- Fiches d'animation des séances de Groupe de Thérapie structurée avec les OEV ;
- Fiches des types d'activités en fonction des tranches d'âge
- Fiches d'animation des séances de groupe avec les parents/tuteurs des OEV.

Chaque fiche est structurée de la manière suivante :

- Nom du type de fiche ou grand titre (ex : le travail sur les émotions)
- Numéro de la fiche
- Nom de l'activité ou du thème abordé par la fiche (ex : fiche 6 –animation du thème « les pensées et les sentiments »)
- Objectif de l'activité ou du thème ;
- Matériel nécessaire à la mise en œuvre de l'activité ou de l'animation du thème ;
- Etapes/tâches de mise en œuvre de l'activité.

Les fiches sont rassemblées par type d'activité, avec une page de garde précisant le type d'activités :

- Activités de counseling individuel avec les OEV
- Club d'Enfant
- Groupe de Thérapie Structurée
- Groupe de Soutien des parents/tuteurs des OEV
- Activités selon les tranches d'âge

❖ Les affiches

Les affiches sont placées sur un mur pour livrer un message en lui-même, sans aucune autre action. Elles peuvent être placées sur les murs du Centre de santé, dans les salles de counseling et de dépistage, dans d'autres unités, dans les lieux publics, écoles, etc.

Quelques exemples de messages sur des affiches :

- Affiches d'éducation à la santé : portant sur le corps humain, l'hygiène, la nutrition, etc. ;
- Affiches de sensibilisation sur le VIH/sida et les enfants : « le sida peut être dépisté et traité chez les enfants ».

NB : Dans le centre de prise en charge pédiatrique, l'utilisation d'affiches mentionnant le VIH/sida doit être bien contrôlée, en tenant compte du fait qu'il y a des enfants âgés de 8 ou 10 ans, qui peuvent lire les messages inscrits sur lesdites affiches, alors qu'ils ne connaissent pas encore leur statut.

❖ Les livres et les brochures

L'intervenant social peut utiliser plusieurs types de livres : livres d'images, contes, bandes dessinées, roman-photo,

romans, etc.

Idéalement, chaque livre doit indiquer la catégorie d'âge à laquelle il est destiné, ainsi que les thèmes abordés par l'histoire. Ils seront utilisés dans l'espace dédié (ex : salle de counseling), et certains d'entre eux peuvent être remis à l'enfant, à l'adolescent.e et au parent.

Ces livres peuvent aborder de différents thèmes : discrimination et stigmatisation, vivre avec un secret, vivre positivement avec le VIH, annonce du statut sérologique, adhérence au traitement la culture générale, etc.).

3.4 Activités à développer au niveau des adolescent.e.s et jeunes adultes

Les structures ayant dans leurs file active des adolescent.e.s sont priées de développer et intégrer dans leurs actions, des activités de socialisation, d'éducation, de civisme ou récréatives d'intérêt et en direction de cette cible. À titre d'illustration des expériences terrains constatées, nous avons par exemple : journées nettoyage d'un lieu public, activités sportives, projet champêtre ou potager communautaire collectif, sortie culinaire, confection de perles, puériculture, visite d'entreprise, etc. ces activités de socialisation peuvent aussi prendre la forme de leur responsabilisation dans et pour l'organisation d'activités ou cérémonies (sorties détentes ou week-end thérapeutique, arbre de Noël, ...).

Tableau 9: répartition des supports du soutien psychosocial aux enfants vivant avec le VIH en fonction de leur âge

ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES
Counseling	Cartes de Counseling	Expliquer la maladie	8-24 ans	Les cartes de counseling facilitent l'offre du soutien émotionnel et peuvent être utilisées lors de séances individuelles (petites images) ou en groupe (plus grandes images).
		Travailler sur l'annonce progressive et complète de la sérologie		
		Préparer au traitement ARV		
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Counseling</i>	Affiches	Informer et sensibiliser sur le VIH/sida	8 - 24 ans	L'utilisation d'affiches mentionnant le VIH/sida doit être bien contrôlée en tenant compte du fait qu'il y a des enfants âgés de 8 ou 10 ans qui peuvent lire alors qu'ils ne connaissent pas encore leur statut
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Counseling</i>	Livres imagés	Informer l'enfant et les parents sur la santé, la maladie, le traitement, et sur comment donner le traitement à l'enfant	00 – 02 ans	Ces livres peuvent aborder de nombreux thèmes différents (stigmatisation, vivre avec un secret, culture générale, etc.) Une structure devra avoir 3 livres de base pour l'accompagnement des enfants infectés
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

Counseling	Livres d'histoire, de contes	Informier le parent et l'enfant non informé de son statut sur la santé, la maladie, le traitement, et la prise des médicaments	03 à 04 ans	Ces livres peuvent aborder de nombreux thèmes différents (la stigmatisation, vivre avec un secret, la culture générale, etc.). Une structure devra avoir 3 livres de base pour l'accompagnement des enfants infectés.
	Livres de contes, d'histoire ; Bandes dessinées		05 à 07 ans	
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Counseling</i>	Livres de culture générale	Échanger avec le parent et l'enfant connaissant son statut sérologique, sur la santé, la maladie, le traitement, et éventuellement d'autres préoccupations.	08 à 12 ans	
-------------------	----------------------------	---	-------------	--

	Livres de culture générale, bandes dessinées, livres techniques, livres d'histoires, romans, romans photos	Échanger avec le parent et l'enfant connaissant son statut sérologique, sur la santé, la maladie, le traitement, et éventuellement d'autres préoccupations.	13 à 24 ans	
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Counseling</i>	La boîte à images	Informier et sensibiliser sur le VIH/sida pour un changement de comportement	3 à 24 ans	La boîte à image permet d'apprendre et à analyser des situations en vue d'un changement de comportement. Elle peut être utilisée en session individuelle comme collective. La compréhension est accessible à tous.
	Les fiches techniques	Faciliter la mise en œuvre du soutien psychosocial.	L'animateur	Guider et orienter les animateurs et facilitateurs dans la mise en œuvre de l'activité.
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Suivi du Traitement</i>	« Le Chemin de santé de l'enfant »	Suivre la prise des médicaments.	05 à 07 ans	Courbe de poids de l'enfant en fonction de l'âge
	Le Calendrier médical	Observer l'enfant pendant le traitement.	02 à 24 ans	Plan de suivi médical de l'enfant (RDV ARV, PCR, bilan, CV)
	Le Pilulier	Suivre la prise des médicaments.	02 à 24 ans	C'est une boîte de répartition des médicaments planifiés en fonction de la posologie. Elle peut être électronique
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES

<i>Suivi du Traitement</i>	Les images de prescriptions graphiques	Expliquer graphiquement le traitement, comme aide- mémoire pour l'enfant et le parent.	03 à 24 ans	Cocher sur les boîtes des médicaments pour rappeler la posologie
	L'affiche à comprimés	Suivre la prise des médicaments.	02 à 24 ans	Une affiche qui permet de marquer et contrôler le nombre de comprimé servi
ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES /CIBLES	COMMENTAIRES
<i>Suivi du Traitement</i>	La montre- réveil ou le téléphone	Rappeler à l'enfant l'heure de prise des médicaments.	05 à 24 ans	Une horloge ou un téléphone ou horloge dessinée sur carton qui permet de rappeler les heures de prises des médicaments

	Le livre sur l'initiation au traitement ARV	Initier l'enfant au traitement	05 à 24 ans	L'intervenant social doit être prudent si certains membres de la famille ne sont pas informés de l'infection de l'enfant.
--	---	--------------------------------	-------------	---

ACTIVITES	OUTILS	OBJECTIFS	AGES	COMMENTAIRES
<i>Counseling</i>	Cartes de Counseling	Expliquer la maladie Travailler sur l'annonce progressive et complète de la sérologie Préparer au traitement ARV	8-24 ans	Les cartes de counseling facilitent l'offre du soutien émotionnel et peuvent être utilisées lors de séances individuelles (petites images) ou en groupe (plus grandes images).

TROISIÈME PARTIE : ACTIVITÉS DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Les activités de soutien psychosocial doivent tenir compte de la tranche d'âge des OEV. On distingue ainsi des activités ayant des objectifs différents pour les OEV âgés de :

- 0 à 18 mois
- 18 mois à 3 ans
- à 6 ans
- 6 à 12 ans
- 12 à 17 ans
- 18 à 24 ans

Les activités selon les tranches d'âge sont détaillées dans les fiches techniques d'animation des séances de Club d'enfant. Elles peuvent être menées au cours des visites à domicile, des séances de groupe de soutien, des rendez-vous de suivi médical, etc.

NB : Les tranches d'âge sont données à titre indicatif. L'intervenant social devra s'appuyer sur la maturité réelle de chaque enfant pour lui faire bénéficier des interventions appropriées.

Il existe différents types de groupe de soutien qui ont des activités spécifiques à l'endroit des enfants et des parents.

- ***Les groupes de soutien des enfants et adolescent.e.s***
: les clubs d'enfants ou d'ados, l'école des adolescent.e.s, le groupe de thérapie structurée, le groupe d'aptitude au jeu ;
- Le ***groupe de soutien des parents/substituts parentaux*** appelés aussi groupe d'éducation parentale : le groupe de parole des parents.

CHAPITRE I : LES DIFFÉRENTS TYPES DE GROUPES DE SOUTIEN ET LEURS ACTIVITÉS

D'un point de vue général, il existe différents groupes de soutien. Ceux-ci ont une visée thérapeutique et sont modérés par un spécialiste. Ils sont différents des groupes de parole qui sont l'occasion d'écoute unique avec la possibilité d'échanger avec d'autres personnes ayant une même expérience.

L'échange est alors bien différent de celui que l'on aura avec son médecin, son conjoint ou les membres de sa famille. Le groupe est encadré par un bénéficiaire (patient ou ex-patient) ou un membre de sa famille, dont l'expérience face à la maladie permet de modérer la discussion et d'amener chacun à prendre la parole et faire part de son propre vécu.

1.1 Les groupes de soutien des enfants

Les groupes de soutien des enfants ont pour objectif de renforcer leurs capacités à faire face aux difficultés. Il s'agit de les aider à :

- Bâtir la résilience ;
- Développer les compétences de la vie ;
- Faciliter leur épanouissement personnel.

1.1.1 Le Club d'Enfants (voir fiche technique)

Le club d'enfants est un cadre sécurisé dans lequel les enfants participent à des activités organisées pour leur permettre d'exprimer leurs sentiments et leurs pensées, de

partager leurs expériences, etc. Le club d'enfants est toujours animé par un facilitateur formé.

1.1.2 Le groupe de soutien des adolescent.e.s/ L'école des adolescent.e.s

(Fiche technique des types d'activité en fonction des tranches d'âge)

Il est composé essentiellement des pré-adolescent.e.s (9-11 ans) et des adolescent.e.s (12-19 ans révolus) organisés par groupe/classe de 30 personnes maximum (filles et garçons ensemble).

Cette école leur offre un cadre approprié à leurs besoins spécifiques.

Tableau 10: les étapes d'animation de l'école des adolescent.e.s

ETAPES	ACTIVITES
Etape 1	Les enfants sont mobilisés et conviés un mercredi ou un samedi à une heure, une date et un lieu précis.
Etape 2	Les enfants reçoivent un bout de papier pour écrire en toute discrétion tous les sujets qui les intéressent.
Etape 3	Ceux qui savent écrire doivent aider leurs amis qui ne savent pas le faire. Ces écrits peuvent être anonymes.
Etape 4	Tous les papiers sont rendus à l'intervenant social qui les dépouille plus tard pour élaborer le programme annuel.

ETAPES	ACTIVITES
Etape 5	Les enfants sont organisés en 02 groupes/classes: Groupe/Classe A: les pré-adolescent.e.s (09-11 ans) Groupe/Classe B: les adolescent.e.s (12-17 ans) Tout enfant pubère avant l'âge de 10 ans est invité à s'y inscrire.
Etape 6	Les adolescent.e.s choisissent les jours et les horaires qui leurs conviennent. Chaque classe choisit ses jours et ses horaires. Les enfants sont sensibilisés sur le respect de ces horaires choisis par eux-mêmes.

Les thèmes traités peuvent être relatifs à :

- L'adolescence (puberté, sexualité, comportements sexuels à risque, etc.) ;
- La santé sexuelle et reproductive : l'appareil de reproduction ; les grossesses précoces (en milieu scolaire et extrascolaire, déception parentale, la vie du bébé /adolescente, la grossesse non désirée par l'auteur, etc.), les IST ; les avortements (prévention, méthodes dangereuses, services existants et la loi) ; la planification familiale ;
- La liberté (contrôle parentale, les sorties nocturnes, etc.) ;
- Les fréquentations (les bons amis et les mauvais amis) ;
- Les comportements à risque (drogue, cigarette,

- alcool, tabac, etc.) ;
- Les médias (télévision, internet, vidéo clubs, pornographie, etc.) ;
- Les questions de genre : les relations avec le sexe opposé ; l'identité sexuelle ; relations entre les genres/respect des filles ; sensibilisation sur les violences basées sur le genre
- La manière de se vêtir ;
- Etc.

Les thèmes sont traités régulièrement par l'animateur (le conseiller communautaire ou le travailleur social) ou par les adolescent.e.s eux-mêmes. Cependant, le recours à des personnes ressources (sage-femme, médecin, chef de village, parents, etc.) pour approfondir certains sujets est à encourager.

1.1.3 Le Groupe de Thérapie Structurée/ Groupe de parole

Le Groupe de Thérapie Structurée (GTS)/ groupe de parole est un forum spécial d'échanges entre enfants et adolescent.e.s rencontrant des difficultés similaires (connaissance du statut sérologique, gestion du deuil, observance au traitement, etc.), sous la supervision d'un facilitateur.

Ce groupe est conçu pour aider les enfants à exprimer, supporter et résoudre leurs problèmes, surtout émotionnels, et les comportements négatifs. Ayant une visée thérapeutique, il se compose de 15 enfants au maximum, contrairement au Club d'Enfants qui est ouvert à un plus grand nombre d'enfants.

1.1.4 Le Groupe d'Aptitude au Jeu

Le Groupe d'Aptitude au Jeu est conçu pour les enfants de moins de 7 ans. Le jeu est une activité de loisirs d'ordre physique ou psychique, soumis à des consignes, à laquelle on s'adonne pour se divertir.

Par ailleurs, le jeu permet d'apprécier chez l'enfant le niveau de socialisation et de conformité aux règles.

1.2 Les groupes de soutien des parents/substituts parentaux ou groupes d'éducation parentale

Le groupe de soutien des parents/substituts parentaux est un cadre d'échanges, de partage d'expériences qui se vise à les aider à répondre aux besoins de leurs enfants en :

- Surmontant leurs propres difficultés (échanges thématiques, témoignages, échanges autour des films, etc.) ;
- Améliorant la communication parent-enfant (écouter, orienter et impliquer les enfants dans les décisions les concernant) ;
- Les préparant à l'annonce :
 - ✓ De leur statut sérologique à leurs enfants (témoignages, échanges autour des films, etc. ;
 - ✓ À l'enfant et à l'adolescent.e de son propre statut sérologique ;
- Insistant sur l'éducation parentale positive ;
- Etc. (voir Cahier n° 10)

La constitution du groupe de soutien ou du groupe de parole des parents/substituts parentaux nécessite l'organisation des membres en village (nom, Chef, notables, populations), et le recensement auprès des membres des difficultés

auxquelles ils sont confrontés pour élaborer un programme des rencontres (jour, heure, thème).

Les premières séances sont dirigées par l'animateur (intervenant social) qui passe le relais à la chefferie du groupe. Le Chef et ses notables conduisent l'activité sous la supervision de l'animateur jusqu'à leur autonomisation.

L'animateur peut recourir à une personne ressource selon le thème abordé. Cette approche a pour avantage de créer un esprit de solidarité, de fraternité et d'affinité entre les membres d'un même village (se rendre mutuellement visite, s'assister les uns les autres, etc.).

Les thèmes peuvent être choisis à l'avance et sont annoncés sur le lieu de rencontre du groupe. Ce sont notamment :

- La parentalité ;
- Le développement de l'enfant ;
- Les droits de l'enfant ;
- L'annonce de sa sérologie à ses enfants ;
- La PTME ;
- Vivre positivement avec le VIH ;
- L'accompagnement de l'enfant infecté par le VIH ;
- L'annonce de la sérologie d'un enfant ;
- L'alimentation du nourrisson né d'une mère infectée par le VIH ;
- Etc.

CHAPITRE II : PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE SOUTIEN/GROUPE DE PAROLE

L'installation d'un Groupe de soutien/groupe de parole au sein d'une communauté obéit à 3 règles :

- La planification (5 étapes)
- La mobilisation (2 étapes)
- L'animation spécifique.

Le but est de définir les différents aspects du Groupe de soutien, d'obtenir l'adhésion de la communauté à l'activité et d'assurer le bon déroulement des différentes séances.

QUATRIÈME PARTIE : GESTION DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX SPÉCIFIQUES

CHAPITRE I : LE DÉPISTAGE ET L'ANNONCE

1.1 Le dépistage du VIH chez l'enfant

Un problème souvent rencontré dans les familles des OEV est la méconnaissance du statut sérologique VIH des membres du ménage et particulièrement des OEV.

L'intervenant social devra être attentif (disposé) à cette situation. Pour ce faire, il procèdera :

- À l'évaluation de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.e (outil screening santé mentale en collaboration avec le Programme National de la Santé Mentale)
- À la sensibilisation de la famille (parents/substituts parentaux, etc.) au dépistage de l'OEV et de l'adolescent.e;
- À l'administration de l'algorithme de l'éligibilité au dépistage au VIH de l'OEV et de l'adolescent.e (Outil d'évaluation de l'éligibilité au dépistage PN-OEV) ;
- À la préparation au dépistage (Voir Cahier de suivi et d'accompagnement des Parents Fiches technique n° 1-4). En fonction de l'âge de l'enfant, la préparation au dépistage est faite directement avec les parents/substituts parentaux et avec l'enfant s'il est plus grand comme c'est le cas pour l'adolescent.e de 16 ans révolus, en tenant compte de sa maturité intellectuelle (confère « Loi VIH 2014 CI »)2.
- Pour tout enfant, adolescent.e dépisté positif au VIH, l'intervenant social doit pratiquer l'index testing aux deux niveaux (fratrie et partenaires sexuels s'il est sexuellement actif)

NB : une attention particulière sera accordée à l'adolescent.e qui se rend seul au centre de dépistage. Pour l'enfant de plus de 16 ans, il est important d'évaluer sa santé mentale et de le sensibiliser afin qu'il informe ses parents de son statut sérologique pour faciliter la suite de sa prise en charge.

1.2 L'annonce du statut sérologique VIH à l'enfant et à l'adolescent.e

L'annonce du statut sérologique à l'OEV, l'adolescent et le jeune adulte est un processus qui comporte trois étapes :

- La Pré annonce
- L'annonce
- La Post annonce.

1.2.1 La Préparation à l'annonce

L'enfant ou l'adolescent.e qui ne connaît pas son statut est perturbé.e sur le plan psychologique : il vit dans le doute et ne peut s'impliquer dans sa prise en charge. Il a le sentiment d'être différent car, il prend des médicaments et a le sentiment qu'on lui cache des informations le concernant.

La préparation à l'annonce débutera par des séances individuelles avec l'intervenant social et le parent/substitut parental, puis sera soutenu par la participation aux groupes de soutien.

Les parents sont souvent réticents en raison de la souffrance et du désir de protection de l'enfant.

Avant tout processus de préparation à l'annonce à

l'enfant/adolescent.e de son statut, il faut avoir le consentement éclairé des parents, pour s'assurer de leur implication. Les intervenants sociaux, aussi bien ceux du centre de santé que ceux de la communauté, participent à la préparation de l'annonce.

Le soignant (intervenant social, médecin, psychologue, éducateur thérapeutique, etc.) devra sensibiliser et accompagner le parent/ substitut parental pour préparer l'annonce à l'enfant en fonction de son âge et de son niveau de maturité.

1.2.2 L'annonce proprement dite

Dans le cadre de la prise en charge pédiatrique du VIH, l'annonce du statut à l'enfant/adolescent.e incombe au soignant, mais il le fera avec le consentement des parents/substituts parentaux. L'annonce sera donc le fait du médecin, de l'infirmier, du psychologue, du conseiller communautaire, de l'éducateur thérapeutique, des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux, des parents, etc.

Pour l'enfant/l'adolescent.e suivi dans une structure ou qui a grandi avec le VIH, l'annonce devra préférentiellement être faite par toute personne de l'équipe soignante qui a déjà des relations avec lui.

L'enfant/l'adolescent.e va accueillir cette nouvelle information avec des ressources psychologiques différentes de celles de l'adulte du point de vue de l'affectivité (émotions), du comportement, des capacités cognitives (intelligence). (Confère le guide national d'annonce révisé

2022).

Le dialogue avec l'enfant/adolescent.e doit être fait le plus tôt possible et la précision des informations sera adaptée à ses capacités de compréhension. En effet, les révélations tardives pendant l'adolescence sont toujours traumatisantes. L'annonce à l'enfant/adolescent.e de son statut positif au VIH est indispensable car cela permet de :

- Répondre à ses questions ;
- Exprimer ses angoisses ;
- Partager ce secret ;
- Éviter des comportements à risque ;
- Sentir qu'on lui fait confiance ;
- Mettre des mots sur le doute (clarifier l'information concernant sa santé, ses parents et le travailleur social) ;
- Avoir des repères constructifs (aider l'adolescent.e à s'orienter, à faire des choix) ;
- Être plus responsable en participant activement à sa prise en charge (soins, observance) ;
- Améliorer la qualité de sa prise en charge et de son vécu avec le VIH ;
- Améliorer sa qualité de vie pour une meilleure rétention dans les soins.

Toutefois, l'annonce elle-même est réservée aux personnels du centre de santé avec le concours des parents.

Les parents peuvent réagir de manière très différente en apprenant le statut sérologique VIH positif de leur enfant, en raison d'un ensemble de facteurs : croyances personnelles, connaissance de l'infection, cause de

l'infection de l'enfant, connaissance et acceptation de leur propre statut, etc. Avant d'échanger sur l'approche à mener avec l'enfant, l'intervenant social doit aider les parents à faire face à leurs propres émotions.

Il est important de préciser aux parents que l'annonce à l'enfant/adolescent.e de son infection à VIH doit se faire progressivement en prenant en compte son vécu, son niveau de compréhension et son âge. L'annonce est un processus progressif. Selon le guide annonce, 2022, il existe trois types d'annonce (l'absence totale d'annonce, l'annonce mensongère et l'annonce véritable). Nous nous intéresserons à la dernière qui est caractérisée par :

- Son organisation (l'annonce informelle accidentelle, l'annonce informelle non organisée, l'annonce formelle organisée partielle, l'annonce organisée complète)
- Son approche (l'annonce individuelle et l'annonce en groupe)
- Ses annonceurs (l'annonce par un membre de l'équipe soignante, en binôme, par les parents /les pairs).

Il existe des cas particuliers où l'enfant/adolescent.e pose directement des questions à l'intervenant social portant sur sa maladie ou le fait de prendre des médicaments. C'est le signe d'une grande inquiétude voire d'une angoisse. L'intervenant social devra le rassurer et en informer les parents pour les sensibiliser sur l'intérêt de l'annonce. Les parents devront donc être attentifs au fait que l'enfant/adolescent.e qu'ils pensent ignorant de son statut sérologique, peut répondre qu'il a le VIH. Il sera important

de lui demander ce qu'il sait du VIH.

Figure 1 : Séance d'annonce du statut de l'enfant



Source : Programme Grandir

NB : Selon l’OMS, 2011, l’annonce n’est complète chez l’enfant/adolescent.e que si l’enfant/adolescent.e est également informé du statut de ses parents. Pour les autres membres de la famille, il n’existe pas de directive, mais pour une question de suivi efficace de la famille, il serait juste de partager le statut à sa famille. Ici également, il faut avoir le consentement éclairé des parents et les préparer à faire l’annonce du statut du membre de la famille.

Annoncer à un enfant/adolescent.e qu’un membre de sa famille (père, mère, frère, sœur, tuteur ...) ou plusieurs sont infectés par le VIH, ne doit pas se faire dans la précipitation : cela demande du temps et de la préparation, pour éviter que l’enfant/adolescent.e réagisse mal. L’annonce doit se faire progressivement, en prenant en compte son âge, sa santé mentale, son niveau de compréhension et son vécu. Des activités permettant à l’enfant/adolescent.e de s’exprimer sur le plan affectif doivent être proposées.

L’intervenant social et les parents/substituts parentaux peuvent s’accorder pour que l’enfant/adolescent.e participe à des séances de groupe de soutien dédiées spécifiquement à la préparation à l’annonce. Au cours de ces séances, il sera sensibilisé progressivement à la problématique du VIH, informé sur les modes de transmission, les moyens de prévention et les traitements.

Par exemple : le cahier de souvenirs, la boîte à souvenirs, l’album photos, permettent un travail de mémoire avec l’enfant/adolescent.e autour de la vie du membre décédé, pour l’aider à surmonter le traumatisme et mieux connaître l’histoire de sa famille.

Le soutien psychosocial à l'enfant/adolescent.e doit être poursuivi après l'annonce du statut sérologique VIH d'un membre de la famille car :

- L'enfant/adolescent.e peut se sentir mis à l'écart et se poser des questions :
- « Pourquoi mon frère a-t-il la même maladie que maman et pas moi ? »
- L'enfant/adolescent.e peut se sentir négligé par rapport à son frère/sœur malade :
- « Pourquoi mes parents s'occupent-ils plus de mon frère que de moi ? »
- Cela permet à l'enfant/adolescent.e de discuter avec l'intervenant social des difficultés qu'il rencontre au quotidien auprès des membres de sa famille vivant avec le VIH et d'exprimer ses inquiétudes sur l'évolution de l'infection.

La poursuite du soutien après l'annonce peut se faire sous forme de counseling individuel (l'écoute individuelle) ou en faisant participer l'enfant/adolescent.e à un groupe de soutien (les groupes de parole, la médiation familiale, le soutien des pairs, etc.).

1.3 Outils pour l'annonce du statut VIH aux adolescent.e.s

- La fiche de suivi psychologique (voir annexe)
- La fiche d'annonce

CHAPITRE II : L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT ARV DES ENFANTS INFECTÉS

Le soutien psychosocial pour l'observance au traitement ARV comprend, la préparation au traitement ARV, l'initiation au traitement ARV, le counseling d'observance au traitement ARV et le counseling de suivi.

2.1 La préparation au traitement ARV

La préparation au traitement ARV comprend :

- Une partie counseling : préparation psychologique et sociale ;
- Une partie éducative : apprentissage et aspects pratiques du traitement ;

L'intervenant social doit avoir au minimum trois (3) séances individuelles avec l'enfant/adolescent.e et une (1) séance de groupe avec les parents/substituts parentaux et l'enfant/adolescent.e.

L'intervenant social s'appuiera sur la prescription du personnel soignant pour aider les enfants/adolescent.es et le parent/substituts parentaux à l'observance au traitement.

La préparation au traitement ARV permet de faciliter l'adhésion et l'observance des enfants et adolescent.es qui doivent être mis sous traitement ARV. Tous les enfants et adolescent.es nouvellement dépistés positifs au VIH doivent bénéficier de la préparation au traitement ARV.

Pour faire la préparation à la mise sous traitement ARV des enfants et des adolescent.es, l'intervenant social doit :

- Réévaluer leur santé mentale ;
- Renforcer le conseil post test ;
- Discuter des informations sur la prise en charge (Traitement à vie, confidentialité, équipe multidisciplinaire, gratuité des soins VIH, réalisation de bilan / retrait du résultat, réalisation de charge virale, etc.), soit avec les parents/substituts parentaux, les enfants/adolescent.es ;
- Communiquer des informations sur les différentes structures de prise en charge existantes ;
- Amener les parents/substituts parentaux, enfants/adolescent.es à adhérer aux soins ;

La préparation au traitement ARV se fait dès qu'un patient est dépisté positif vu les nouvelles directives du tester et traiter pour tous.

Testés dans un centre de santé, elle commence le jour de l'annonce du résultat positif, et de l'enrôlement. Cette préparation doit être renforcée dans la communauté par les intervenants sociaux.

Testés dans la communauté, la préparation au traitement ARV se fait dans la communauté et référer au centre de santé pour le renforcement.

L'intervenant social accompagne les parents/substituts parentaux, les enfants/adolescent.es à toutes les étapes de la préparation. Une conclusion est faite à la fin du processus et permet de faire des observations aux prestataires (Médecin, Infirmier, Sage-femme) sur la mise sous traitement. Une vérification de l'adresse géographique,

téléphonique du client est faite pour son suivi dans la communauté.

2.2. L'initiation du traitement ARV

C'est un processus qui commence à la prise des premiers médicaments et des deux semaines qui suivent. Après la préparation au traitement ARV, une séance de counseling individuel évalue et confirme si l'enfant/adolescent.e et les parents/substituts parentaux sont prêts à commencer le traitement ARV.

L'enfant/adolescent.e et le parent/substitut parental doivent être invités à revenir au Centre de santé quinze (15) jours après l'initiation au traitement ARV afin d'évaluer la tolérance de l'enfant/adolescent.e et son niveau observance au traitement.

L'intervenant social doit s'enquérir auprès de la famille de la gestion du traitement (manipulation, acceptation par l'enfant/adolescent.e et d'éventuelles difficultés ou effets secondaires...) via appels téléphoniques ou si possible visites à domicile de l'enfant/adolescent.e. (Confère l'algorithme de suivi des enfants débutant un traitement à base de DTG 10) Si l'enfant se porte bien, alors il faudra lui demander de revenir pour une visite après deux autres semaines.

2.3. Le counseling pour l'observance

Le counseling pour l'observance au traitement est un processus continu par lequel l'intervenant social soutient l'enfant/adolescent.e infecté et sa famille afin de maintenir

une bonne observance au traitement, c'est-à-dire la compréhension du traitement, la reconnaissance de son importance en vue de l'amener à prendre les médicaments prescrits par le médecin. L'intervenant social doit aider à identifier les défis liés à l'observance au traitement, à travailler avec l'enfant/adolescent.e et sa famille afin d'identifier des stratégies pour surmonter les obstacles.

2.3.1 Évaluation de l'observance

L'intervenant social peut utiliser différents moyens pour évaluer l'observance :

- L'état de santé rapporté par le médecin, mentionnant éventuellement une suspicion de faible observance ;
- L'auto-évaluation par l'enfant/adolescent.e lui-même ;
- Le rapport du parent/substitut parental ;
- L'analyse du « Chemin de la Vie » se trouvant dans le carnet Mère-Enfant, qui permet de capter l'évolution du poids de l'enfant en relation avec le traitement prescrit ;
- L'analyse du carnet d'observance ou d'un calendrier, rempli par l'enfant/adolescent.e chaque fois qu'il a pris le médicament à l'heure choisie ;
- Le comptage des comprimés restants.

L'intervenant social doit éviter de donner à l'enfant/adolescent.e l'impression qu'il s'agit d'un contrôle, car l'enfant/adolescent.e pourrait facilement tricher. Il doit plutôt faire sentir à l'enfant/adolescent.e qu'il s'agit d'un soutien. L'intervenant social ne doit pas blâmer l'enfant/adolescent.e et le parent/substitut parental lorsque l'observance est mauvaise, mais les aider à surmonter les défis.

Parfois, la personne qui prend soin de l'enfant/adolescent.e pense que celui-ci avale ses médicaments parce qu'ils disparaissent après qu'elle les lui ait préparés. Or, il peut arriver que l'enfant/adolescent.e jette les médicaments quand on ne le regarde pas. L'intervenant social doit attirer l'attention du parent/substitut parental pour une plus grande vigilance.

2.3.2 Recherche de solutions

En fonction de la cause des problèmes d'observance (compréhension, problème technique, difficultés émotionnelles, problèmes sociaux, etc.), l'intervenant social doit susciter, avec les parents/substitut parental et l'enfant/adolescent.e des solutions. Celui-ci pourra se référer au Cahier de suivi et d'accompagnement des parents/substituts.

2.3.3 Le matériel de suivi du traitement ARV

Le matériel est utilisé pour aider l'enfant/adolescent.e à se rappeler son traitement et le prendre correctement.

Les différents outils sont :

- Le calendrier médical ;
- Le pilulier ;
- les images de prescriptions graphiques ;
- « Le Chemin de la vie »
- La Fiche de suivi des comprimés ;
- L'affiche à comprimé ;
- La montre-réveil ;
- Le livre sur l'initiation au traitement.

2.4. Le counseling de suivi

Après le counseling post-test, l'intervenant social doit maintenir un contact régulier avec l'enfant/adolescent.e et ses parents/substituts parentaux.

Le counseling de suivi commence avant le traitement ARV et se poursuit après l'initiation du traitement ARV. Il se penche sur tout sujet d'inquiétude (santé ou autre) soulevé par l'enfant/adolescent.e et/ou le parent/substitut parental. Cela permettra de :

- Revenir sur les éléments de l'annonce ;
- Suivre la santé de l'enfant/adolescent.e ;
- Commencer l'éducation à la santé et l'annonce progressive à l'enfant/adolescent.e ;
- Assurer un counseling pour tout problème que l'enfant/adolescent.e peut rencontrer : questions, stigmatisation, craintes, etc.
- Mieux connaître l'enfant/adolescent.e et l'orienter vers un groupe de soutien ;
- Mieux préparer l'enfant/adolescent.e et le parent/substitut parental pour le traitement ARV le moment venu.

Tous les éléments discutés permettront de faire ressortir les difficultés de l'enfant/adolescent.e et du parent/substitut accompagner.

L'intervenant social devra référer l'enfant/adolescent.e et le parent/substitut parental vers les services sociaux si nécessaire.

Si l'enfant/adolescent.e vit dans des conditions stables et a une bonne adhérence au traitement, l'intervenant social pourra réduire la fréquence des visites de counseling de suivi à une visite tous les 2 ou 3 mois. En cas de problème,

il peut ramener la fréquence à une visite par mois.

CHAPITRE III : LES AUTRES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

3.1 Les enfants et adolescent.e.s endeuillé.e.s

Chaque enfant/adolescent.e est un cas unique. Chacun possède sa façon bien à lui de comprendre la mort et d'exprimer son chagrin, ses malaises, ses inquiétudes selon sa capacité de résilience. Ses réactions seront déterminées par son âge, sa maturité, sa culture, le lien qui l'unissait à la personne disparue, son réseau de soutien et plusieurs autres facteurs.

Quand l'enfant/adolescent.e perd un être cher (parents, frères/sœurs, amis, etc.), il est important de l'accompagner dans son processus de deuil. Il n'existe aucune formule spéciale pour annoncer la perte d'une personne aimée mais, il faut tenir compte de l'état mental, de l'état physique... de la personne en deuil. Cependant, une meilleure connaissance de la conception de la « mort » et de ses réactions est utile afin d'utiliser les mots et les gestes qui rassurent (soutien psychosocial).

L'intervenant social doit sensibiliser l'entourage proche à rester disponible et à lui trouver un substitut parental approprié s'il s'agit de la perte du parent qui s'occupait de lui. Il devra observer les réactions de l'enfant/adolescent.e et repérer les messages non – verbaux afin de susciter des solutions adéquates au problème posé.

Notons qu'un enfant/adolescent.e orphelin du fait du VIH est plus susceptible à faire une dépression qu'un

enfant/adolescent.e orphelin ordinaire.

L'enfant/adolescent.e vivant avec le VIH est plus exposé à faire une dépression qu'un enfant/adolescent.e orphelin du fait du VIH. Donc, nous pouvons dire que pour un enfant/adolescent.e vivant avec le VIH en situation de deuil peut vivre des situations telles que bien observer son traitement pour éviter la mort ou encore se laisser mourir en ne suivant plus son traitement.

3.1.1 Le deuil chez l'enfant de 0 à 4 ans

De 0 à 3 ans : l'enfant n'a aucune compréhension de la mort, mais il souffre de la séparation si la personne décédée était un adulte proche. Il ressent profondément de la tristesse et il peut être envahi par des angoisses de séparation.

Jusqu'à 4 ans : la mort est un état transitoire (la représentation du temps apparaît plus tard); les gens morts sont comme endormis et vont se réveiller.

3.1.2 Le deuil chez l'enfant de 4 à 5 ans et de 5 à 6 ans

De 4 à 5 ans : l'enfant a conscience de la mort, mais elle reste temporaire.

De 5 à 6 ans : la mort ne l'inquiète pas : il pense que ses parents et lui sont éternels. Il admet plus ou moins la finalité de la mort mais uniquement pour les personnes âgées. La personne décédée est celle qui n'a aucun attribut de vie (marcher, voir, ...), la mort est immobile. Souvent, il pense qu'il est responsable de la mort de ses parents (pensées

3.1.3 Le deuil chez l'enfant de 7 ans et de 11 à 17 ans

A partir de 7 ans, l'enfant comprend que la mort est irréversible. Il éprouve un fort sentiment de culpabilité et commence à soupçonner qu'il mourra un jour. Il comprend que la mort ne touche pas que les vieux. Il fait le lien entre la maladie, les médicaments, l'hôpital et la mort. L'enfant peut parler de Dieu et du paradis, il s'interroge sur ce qui se passe après la mort. Il en garde une représentation imagée.

3.1.4 Le deuil chez l'adolescent.e de 11 à 17 ans

Les adolescents sont capables de comprendre pleinement que la mort est irréversible, et que cela arrive à tout le monde. Malgré cela, les adolescents ont tendance à se considérer comme invincibles et à penser que la mort arrive à d'autres personnes.

3.1.5 Le deuil chez l'adolescent.e et le jeune adulte de 18 à 24 ans

L'adolescent.e de cet âge réagit fortement à la mort. Il pleure beaucoup à l'enterrement d'un proche. Il fonde des théories sur ce qui se passe après la mort, qui est une fin.

L'adolescent.e pense davantage à la vie. Il peut accepter la mort, sans la dénier. Il est capable de raisonnement identique à celui de l'adulte et peut nier que la mort puisse venir interrompre ses projets actuels ou sa vie et adopter des conduites à risque.

A ce stade, il peut émettre des hypothèses sur les causes de

décès est liée au VIH.

NB : Il est à noter que l'on peut retrouver le deuil dit pathologique chez l'enfant qui apparaît sous formes de symptômes psychiatriques persistants (dépression, anorexie, boulimie, etc.).

Dans ce cas, l'intervenant social se référera aux spécialistes (psychologue, psychiatre, Travailleur social le cas échéant).

3.2 L'adolescent.e en difficulté

A 12 ans, l'enfant subit des transformations sur le plan physique, mental et affectif. Celles-ci marquent l'entrée dans l'adolescence. A cette période de la vie, les comportements et réactions suivantes sont observés :

- L'enfant se bat pour développer sa propre identité par la ressemblance avec les autres/pairs ;
- L'enfant peut raisonner pour expliquer ses sentiments mais il est très émotif ;
- L'enfant a une humeur changeante ;
- L'enfant est très préoccupé par les apparences, les croyances et les valeurs ;
- L'enfant commence à remarquer les pairs du sexe opposé ;
- L'enfant a tendance à s'opposer systématiquement ; il ne veut pas faire ce qu'on lui dit de faire ;
- L'enfant veut être indépendant mais, il est toujours dépendant.

Certains adolescent.es ont du mal à franchir ces étapes qui sont normales afin d'atteindre la maturité. Le vécu difficile va favoriser l'apparition de certains troubles (*Marccelli, 2013*).

Les adolescent.es peuvent rencontrer plusieurs types de problèmes sur le plan psychosocial :

- Le trouble de la relation parent-enfant ;
- La violence envers les autres et envers soi ;
- La fugue ;
- La consommation d'alcool, de tabac et de drogues ;
- La dépression et l'envie de suicide ;
- La maladie mentale ;
- Les comportements à risque ou jeux mortels ;
- La laideur imaginaire ;
- La grossesse précoce.

3.2.1 La violence

❖ Envers les autres

La violence envers les autres peut revêtir plusieurs formes chez l'adolescent.e : rejet de l'autorité, cris, coups, bagarres, dégradation des biens publics ou privés, menaces avec ou sans armes, vols, viols, rackets. Elle concerne aussi bien les filles que les garçons et traduit une souffrance chez ce dernier.

Si les difficultés de l'adolescent.e persistent, l'intervenant social doit le référer à un spécialiste, (pédopsychiatre).

❖ Envers soi

La violence envers soi est une forme particulière de violence que l'adolescent.e s'inflige à lui-même : des blessures corporelles (coupures avec des lames, brûlures

avec des cigarettes), des ecchymoses («bleus») sur le visage ou les membres. Ce type de violence est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. La violence dirigée contre soi-même est un appel à l'aide, le signe que l'adolescent.e est frustré, a une faible estime de soi ou se hait lui-même. Devant cette forme de violence, la référence doit être faite en urgence vers un pédopsychiatre ou le Centre Social car le risque de suicide est élevé.

3.2.2 Les Troubles du comportement alimentaire

❖ L'anorexie

L'anorexie ou refus de manger, est un trouble du comportement alimentaire. Elle est toujours la conséquence d'une détresse, chez l'adolescent.e et touche plus les filles. L'adolescent.e qui souffre d'anorexie mentale est obsédé par la peur de grossir, et cherche à tout prix à perdre du poids même s'il n'en a pas besoin. Il se prive de nourriture, met en danger sa santé et sa vie.

L'intervenant social doit suspecter un cas d'anorexie mentale quand l'adolescent.e adopte un tel comportement de manière chronique et sur un grand nombre de repas.

Référer l'adolescent.e à un psychiatre/psychologue et également à un médecin, et faire le suivi afin de s'assurer qu'il est correctement pris en charge.

❖ La boulimie

La boulimie ou l'envie permanente et incontrôlable de manger, est la conséquence d'une détresse chez l'adolescent.e.

L'adolescent.e souffrant de boulimie mange tout le temps, même quand il n'a pas faim. Cela peut lui arriver plusieurs

fois par jour. Il mange vite, le plus possible, sans mâcher les aliments, qui sont souvent sucrés. L'adolescent.e peut ressentir de la honte à cause de son comportement alimentaire. Même si son poids peut rester normal, il y a des conséquences sur la santé.

Dans ce cas également, l'intervenant social doit référer l'adolescent.e au psychiatre/psychologue et au médecin pour une prise en charge spécialisée, et faire le suivi.

3.2.3 La fugue

La fugue est l'acte consistant à fuir son domicile ou une institution (un foyer d'accueil par exemple) et cela au moins une nuit.

Un adolescent.e qui fait une fugue lance le message qu'il ne peut plus continuer à vivre dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles il se trouve. C'est une tentative pour fuir une réalité dans l'espoir de pouvoir vivre autrement. Ce message doit être pris en compte car le risque que l'adolescent.e récidive est très élevé.

La consommation d'alcool, de tabac et de drogues

L'adolescent.e, parce qu'il est à la recherche d'une identité et d'expériences nouvelles, est très exposé au risque de devenir dépendant de l'alcool, du tabac ou des drogues.

❖ Le tabac et autres dérivés (Shicha)

Si le tabagisme s'installe durant l'adolescence, l'arrêt du tabac est plus difficile et le risque de ne pas laisser l'organisme indemne après le sevrage est plus grand. Ainsi,

la prévention primaire est la moins coûteuse et la plus efficace.

Chez l'enfant de 8 à 12 ans, il convient de préparer au mieux l'enfant aux tentations de l'adolescence. L'intervenant social doit parler des effets nocifs du tabac sur l'appareil respiratoire, en illustrant ses propos avec un poster représentant les dégâts causés par la cigarette sur la santé. Et ma nouvelle mode des Shicha constitue un autre point d'inquiétude pour les adolescent.e.s.

Chez l'enfant de plus de 12 ans, les arguments scientifiques paraissent souvent moins convaincants.

Quel que soit l'âge de l'enfant, le rôle et l'image des parents et des proches sont très importants. L'entourage doit rester à l'écoute de l'enfant et l'accompagner dans son refus de fumer ou dans sa volonté d'arrêter. Les membres de l'entourage auront encore plus d'impact sur l'enfant s'ils montrent l'exemple en ne fumant pas ou en arrêtant de fumer.

❖ L'alcool

L'adolescence est le temps de toutes les découvertes. Parmi elles, figure la rencontre avec l'alcool.

C'est ainsi que la consommation d'alcool devient une étape incontournable des fêtes ou des sorties. Il orne et accompagne les différents rituels de la vie sociale.

De plus, les fréquentes hyper-alcoolisations pourraient conduire à des lésions cérébrales. Ces lésions sur le cerveau sont irréversibles et laissent des séquelles sur les capacités de mémorisation.

❖ Les drogues

L'usage de drogues peut entraîner des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.

Les risques pour la santé sont la détérioration de l'état physique et mental, la complication de certaines maladies, voire des décès prématurés. Les risques pour la vie quotidienne sont la dégradation des relations avec l'entourage.

L'adolescent.e qui consomme de la drogue peut présenter les signes suivants :

- Somnolence ;
- Violences ;
- Aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance sur les comportements (dégradation des relations familiales, difficultés financières, ...) ;
- Difficultés et/ou incapacité à remplir ses obligations à l'école ou à la maison (absences répétées, mauvais résultats, absentéisme scolaire, etc.) ;
- Dépendance (incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours) ;
- Mise en danger de soi et des autres.

L'intervenant social doit :

- Explorer avec les parents les causes possibles de la consommation de drogues par l'adolescent.e :
- Orienter l'adolescent.e et les parents / substituts

parentaux vers les spécialistes (psychologues, psychiatres) et les structures spécialisées ;

- Continuer à soutenir l'adolescent.e et sa famille après la référence.

3.2.4 La dépression et le suicide

La dépression est une maladie qui se caractérise par des perturbations de l'humeur multiples et bien spécifiques. Ces perturbations se manifestent de façon permanente pendant une période supérieure à deux semaines et entraîne une gêne importante dans différents domaines de la vie quotidienne.

Chez l'adolescent.e, la dépression se manifeste par les signes suivants : tristesse, démotivation, repli sur soi, difficultés à réfléchir ou à se concentrer, auto-dévalorisation, pensées négatives, mutisme, insomnies, excès de sommeil, absentéisme scolaire, pleurs sans motif apparent, difficultés scolaires avec baisse des performances, troubles de l'appétit, perte d'intérêt.

L'adolescent.e déprimé peut être, au contraire irritable, excité, s'épuisant dans une activité non productive et se mettant facilement en colère.

La dépression peut également être identifiée à travers les mots prononcés par l'enfant tel qu'indiqué dans le tableau suivant.

Tableau 11: Quelques réactions des adolescent.es déprimés

Il dit	Il faut comprendre
“Je m’en fous”, “J’en ai rien à faire”, “J’ai envie de rien”	Perte d’intérêt et du plaisir
“Je suis nul”	Perte de l’estime de soi, dévalorisation
“J’y arrive pas”	Impuissance
“C’est de ma faute”, “Je suis méchant”, “J’ai honte”	Sentiment de culpabilité, de honte
“Mes parents ne m’aiment pas”	Perte d’amour, sentiment de désespoir
“Personne ne m’aime”	Parfois idées de mort et de suicide
“Je n’y arrive pas, c’est trop dur”, comprends rien”, “Je ne sais pas, je ne m’en rappelle pas”	Troubles de l’attention, de la “Je concentration et de la mémorisation

NB : la dépression est une urgence à traiter car au stade extrême, elle peut déboucher brutalement sur le suicide de l’adolescent.e.

L’intervenant social doit :

- Explorer avec les parents les causes possibles des changements constatés chez l’enfant ;
- Orienter l’enfant et les parents vers les spécialistes (psychologues, psychiatres, etc.) et les structures spécialisées ;

- Continuer à soutenir les parents/substituts parentaux et l'enfant/adolescent.e.

3.2.5 La maladie mentale

L'adolescent.e souffrant de maladie mentale peut présenter les signes suivants : il a des hallucinations (il voit, entend et sent des choses qui n'existent pas), soupçonne les gens d'être contre lui et de lui vouloir du mal, dit des choses qui n'ont pas de sens, etc.

La consommation de drogues pourrait favoriser la survenue d'une maladie mentale.

L'intervenant social doit orienter l'adolescent.e et sa famille vers les spécialistes (psychologues, psychiatres, etc.) et structures spécialisées.

3.2.6 Les comportements à risque ou jeux mortels

Il existe plusieurs types de conduites à risque chez l'enfant et l'adolescent.e :

- Les conduites accidentelles (sur la route, dans le sport) ;
- La prise de substances psycho actives (drogues, colles fortes),
- Les addictions sans produits (internet, jeux de hasard, etc.) ;
- Les conduites auto-mutilatoires (voir paragraphe 6.1 violence envers soi, ...)
- Les jeux dangereux à risques qu'il pratique.

3.2.7 La laideur imaginaire ou dysmorphophobie

L'adolescent.e ne se sent pas beau et a l'impression que les gens le trouvent laid. Il est obsédé par cette idée (l'image du corps).

3.2.8 La grossesse précoce

C'est une grossesse qui survient avant l'âge de 18 ans.

3.3. Les enfants et adolescent.e.s victimes de violence

L'enfant victime de violence est un enfant maltraité qui subit toutes formes de violence ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

3.3.1 Les différentes formes de violence et leurs conséquences

❖ La maltraitance

La maltraitance de l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (OMS, 2022).

❖ Les violences physiques

Atteinte physique réelle ou potentielle, venant d'une interaction ou d'un manque d'interaction, qui est raisonnablement sous le contrôle d'un parent ou d'une personne occupant un poste de responsabilité, de pouvoir ou de confiance. Cela peut être un incident unique ou des

incidents répétés comportant : des ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, secouement, et à l'extrême mort de l'enfant.

❖ Les violences sexuelles

Elles désignent tout acte, tentative ou menace de nature sexuelle occasionnant ou susceptible d'occasionner, un préjudice physique, psychologique et affectif. Il existe plusieurs types de violences sexuelles.

• Le viol

Il s'agit de la pénétration de toute partie du corps (bouche, anus, sexe) de la victime ou de l'auteur par un organe sexuel ; de l'ouverture anale ou génitale de la victime par tout objet ou toute partie du corps par la force, la menace de la force, la coercition, la mise à profit d'un contexte coercitif, ou à l'encontre d'une personne incapable de donner un consentement authentique (*Manuel de référence pour la formation du personnel de santé, prévention des VBG et prise en charge holistique des survivantes*).

NB: Si l'enfant est amené ou se présente lui-même dans les 48 heures, l'intervenant social ne doit pas oublier de suivre la procédure de prophylaxie post exposition.

• La prostitution forcée

C'est un commerce sexuel exercé sous contrainte en échange de ressources matérielles, de services et d'assistance ciblant habituellement des femmes ou des enfants hautement vulnérables, incapables d'assurer leurs subsistances.

- **L'inceste**

L'article 410 du Code pénal ivoirien de 2019 dispose que « constitue l'inceste, le fait d'avoir des rapports sexuels avec ses ascendants ou descendants sans limitation de degré ou avec un frère ou une sœur germain.e, consanguins ou utérins ».

Laquelle infraction étant punie d'un emprisonnement de six mois à un an et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

- **La pédophilie**

Aux termes de l'article 414 du Code pénal ivoirien de 2019, « *Constitue un acte de pédophilie, tout geste, attouchement, caresse, manipulation pornographique, utilisation d'images ou de sons par un procédé quelconque, à des fins sexuelles sur un mineur de quinze ans* ». Cette infraction est punie d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 200.000 à 2.000.000 de francs.

- ❖ **La violence psychologique :**

La violence psychologique, dite aussi violence morale, violence mentale, ou violence émotionnelle, est une forme de violence ou d'abus envers autrui sans qu'une violence physique ne soit mise en œuvre directement. Elle se caractérise par le comportement moralement agressif ou violent d'un individu vis-à-vis d'un autre individu. Elle peut se manifester par des paroles ou des actes qui influencent l'autre dans ses sentiments d'être aimé ou détesté. Cette violence peut résulter en un traumatisme psychologique, pouvant inclure anxiété, dépression chronique, ou trouble de stress post-traumatique. (Maiuro, Roland et O'Leary, Daniel, 2000).

Les effets principaux des violences psychologiques sont des troubles de conduites sociales et du comportement, mais aussi des sentiments d'autodépréciation.

❖ Les négligences lourdes

Elles impliquent le fait de manquer d'attention ou de ne pas subvenir aux besoins de développement de l'enfant : santé, éducation, développement affectif, nutrition, abri et conditions de vie sûres, dans le contexte des ressources raisonnablement disponibles à la famille ou aux donneurs de soins. Cette situation entraîne ou est susceptible d'entraîner un préjudice sur la santé de l'enfant ou sur son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

- En ce qui concerne la maltraitance, l'intervenant social doit :
- Se rapprocher du parent/substitut parental afin de rechercher les éventuelles causes de maltraitance, et aider à les résoudre ;
- Se rapprocher de l'entourage (les pairs, les amis, le voisinage...)
- Apporter le soutien de première ligne tel que l'**approche ESVAS (LIVES)** ¹³ développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, qui se décline comme suit en contenu :

¹³ Le soutien de première ligne est une approche pratique, centrée sur le survivant et l'enfant, et empathique pour répondre aux besoins des survivants de la violence. Dans certains cas, il peut s'agir des seuls soins possibles en l'absence d'autres services de santé (OMS, 2016).

Tableau 12 : Contenu de l'approche ESVAS

Lettre	Sens	Démarche
E	Écouter	Écoutez le client attentivement, avec empathie et sans porter de jugement.
S	S'informer des besoins et des préoccupations	Évaluez et répondez aux différents besoins et préoccupations du client – émotionnels, physiques, sociaux et pratiques (ex. <i>la garde des enfants</i>).
V	Valider	Montrez au client que vous le comprenez et que vous le croyez. <i>Assurez-le qu'il n'est pas responsable.</i>
A	Améliorer la sécurité	Discutez de la manière de protéger le client contre d'autres préjudices.
S	Soutenir à travers les références	Soutenez le client en l'aidant à accéder à des informations, à des services appropriés y compris à l'appui social. <i>Le soutien doit être adapté à la population (p. ex. services adaptés populations clés, aux jeunes).</i>

- Informer les structures compétentes (Centre de santé, Centre social et Centre d'éducation spécialisée, ...) si ces abus persistent pour rechercher des solutions et des moyens de protection plus efficaces des enfants qui en sont victimes.
- Vulgariser les numéros verts chez les enfants, adolescent.es et jeunes.

CHAPITRE IV : LA RÉFÉRENCE ET LA CONTRE-RÉFÉRENCE

4.1 La mise en place d'un système de référence et de contre-référence

L'intervenant social peut être limité dans sa capacité à gérer certains cas. Il peut s'agir d'enfants ayant des comportements difficiles ou asociaux, vivant ou ayant vécu des conflits familiaux, des abus, des problèmes émotionnels et qui nécessitent l'intervention d'autres spécialistes. Dans de tels cas, avoir un bon système de référence et de contre-référence peut être d'une grande aide.

Pour avoir un système efficace de référence et de contre-référence, l'intervenant social ou la structure dont il fait partie doit établir des partenariats formalisés avec des structures, des organisations et des spécialistes (exemple : éducateurs spécialisés, psychologues, psychiatres, etc.) capables d'apporter des soins et soutien complémentaires appropriés aux besoins des enfants, y compris les OEV, et leurs familles.

Il est important que l'enfant ou son parent/substitut parental soit impliqué dans le choix de la personne par laquelle il veut être aidé et le type d'aide dont il a besoin. On ne doit pas imposer mais plutôt conseiller.

L'intervenant social doit s'assurer que la personne référée a bénéficié du service à travers des relances téléphoniques, des déplacements sur le site de référence et la réception de la fiche de contre-référence.

4.2. Quand référer ?

L'intervenant social réfère lorsqu'il se trouve face à une

situation qui dépasse ses compétences ou face à un cas persistant.

Un enfant/adolescent.e/jeune adulte peut avoir besoin d'une attention spéciale s'il :

- Semble malnutri (des bras et des jambes maigres avec un gros ventre, des cheveux très fins, un teint terne ou pâle...) ;
- Semble fatigué ou apathique (manque d'énergie pour jouer, s'assoit beaucoup et doit lutter pour tenir une conversation, a les yeux creux...) ;
- Semble malade (les signes ci-dessus cités et aussi des douleurs ou des éruptions cutanées...) ;
- Provient d'une famille dans laquelle il existe des problèmes de violence... ;
- S'isole et refuse tout contact avec les autres (y compris jouer) ;
- Est agressif et se blesse lui-même et/ou les autres ;
- Vole ;
- Est traumatisé ;
- Montre des changements brusques de comportement ou de personnalité (ex : un enfant calme qui devient brusquement agressif, ou un enfant habituellement très extraverti qui se replie soudainement sur lui-même) ;
- Pleure pour peu... ;
- Fait preuve de régression (perte des acquis comportementaux. Ex : recommencer à faire pipi au lit...) ;
- Ne semble pas capable de faire les choses qu'un enfant de son âge devrait être capable de faire ;
- Etc.

NB : Dans des situations telles que l'enlèvement, l'abus sexuel, les sévices corporels, la dépression ou la tentative de suicide, etc., il peut y avoir besoin de référer l'enfant

afin qu'il ait une aide extérieure. L'intervenant social peut continuer à aider l'enfant pendant qu'il est soutenu.

Il existe des moments privilégiés au cours desquels l'intervenant social peut détecter qu'un enfant peut être référé :

- Durant la procédure d'identification. Lorsque l'intervenant social rencontre l'enfant pour la première fois, il doit observer son apparence et son comportement. Quand il remplit la fiche d'identification avec le parent ou tuteur, il doit faire attention à tout ce qui pourrait indiquer que l'enfant ou la famille a besoin d'une aide spéciale ;
- Pendant les activités de groupes à partir de l'observation du comportement des enfants ;
- Lors des visites à domicile (VAD), par l'observation et les échanges avec les parents/substituts parentaux.

4.3. Où référer ?

- Centres sociaux se trouvant dans la zone de résidence ;
- ONGs et organisations communautaires offrant des services adaptés aux besoins des OEV
- Structures de santé ;
- Centre d'éducation spécialisée ;
- Cellule d'écoute des établissements scolaires ;
- Structures spécialisées (INSP, centre de guidance infantile, cabinet de psychologue)
ou structures d'accueil temporaires
- Etc. ;

NB : L'établissement d'une cartographie des structures de référence est utile pour faciliter la référence.

4.4. A qui référer ?

- Travailleur social (Assistant social, éducateur spécialisé) ;
- Psychologue ou Conseiller psychologue ;
- Psychiatre ou Pédopsychiatre ;
- Médecin, Pédiatre et autres spécialistes ;
- Conseiller communautaire formé soutien en psychosocial ;
- Autres.

4.5. Comment référer ?

Si l'intervenant social identifie un enfant ou un.e adolescent.e qui pourrait avoir besoin d'être référé.e, il discutera avec le parent de l'état de l'enfant et expliquera à celui-ci ce qu'il a remarqué et l'intérêt de la référence. Il utilisera la fiche de référence et de contre référence.

NB : Il est important de noter que la référence peut concerner l'enfant seul, le parent ou les deux selon la nature du problème.

CHAPITRE V : LA GESTION DU BURN OUT OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS (SEPS)

5.1 Généralités sur l'épuisement professionnel

5.1.1 Définition

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) est un état de perturbation émotionnelle qui affecte l'efficacité professionnelle du soignant en rapport avec sa relation d'aide aux patients.

C'est une pathologie de la relation d'aide qui se construit sur la base du stress chronique lié à la fonction et au lieu d'exercice. On le décrit aussi sous le nom de « Burn Out » pour exprimer le fait que la personne fonctionne au-delà de ses réserves d'énergie psychique, est usé jusqu'à la trame et risque d'exploser. Selon l'OMS, « il se caractérise par un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». Le SEPS est un processus secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. Il est le résultat de troubles progressivement acquis (*Canoui et Mauranges, 1998*).

Il peut toucher tous les soignants, mais aussi les soignants naturels (parents, amis, etc.), les intervenants sociaux, les éducateurs.

5.1.2 Les causes : facteurs favorisant le Burn Out

a) Facteurs liés au prestataire

- Jeune âge du soignant et du volontaire ;
- Traits de personnalité (manque d'endurance, la fragilité psychique...) ;

- Insuffisance de formation et de qualification ;
- Manque d'expérience professionnelle ;
- Être soi-même infecté ou affecté par une pathologie chronique ;
- Etc.

b) Facteurs liés à l'environnement professionnel

- L'organisation du travail : Interruptions intempestives des tâches planifiées, décalage entre l'effort dans le travail et le rendement, non définition claire des rôles, surcharge de travail, conflit professionnel, etc. ;
- Les conditions du travail : relation d'aide, manque de soutien de la part de la hiérarchie, milieu de travail inadapté, matériel de travail insuffisant ou obsolète/démodé, méthodes de travail inadaptées, insuffisance de personnel, impact des maladies chroniques qui pousse à l'épuisement, incapacité à répondre à la totalité des besoins ;
- Etc.

5.1.3 Les symptômes et conséquences du SEPS

Les symptômes du SEPS ne sont pas spécifiques. Ils s'organisent autour de 3 dimensions que sont :

- L'épuisement émotionnel ;
- La déshumanisation de la relation personnelle avec le patient et sa famille ;
- La perte du sens de l'accomplissement du travail (absence de conscience professionnelle)

Le SEPS entraîne des symptômes divers et des réactions défensives de la part des soignants. Ces symptômes peuvent être des plusieurs ordres.

Tableau 13: Symptômes du SEPS

Domaines	Signes
<i>Psychique (au niveau mental)</i>	Anxiété, baisse de l'estime de soi avec sentiment de ne pas pouvoir assurer, irritabilité, troubles de l'attention, troubles de la mémoire, etc.
<i>Somatique (en rapport avec le corps physique)</i>	Fatigue, céphalées, troubles du sommeil, troubles alimentaires (anorexie, boulimie, etc.)
<i>Comportemental</i>	Irritabilité, exaspération, promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une surcharge émotionnelle, instabilité, méfiance, installation insidieuse d'une attitude cynique ou de toute puissance, etc.

Tableau 14: Réactions défensives et Conséquences

Réaction/Conséquence	Contenu
<i>Réactions défensives</i>	Abus d'alcool, de médicaments, de tabac, de nourriture ou boulimie, anorexie, consommation de drogues et d'excitants, ruptures relationnelles avec des troubles familiaux voire conjugaux, rigidité, résistance excessive au changement, banalisation de la souffrance et de la mort, absentéisme progressif et répété, pseudo-activisme (il passe de plus en plus de temps au travail en devenant cependant, sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace), le désir de changement, de mutation, etc.
<i>Conséquences</i>	Démotivation, moral bas, idéal de soins remis en cause, valeurs personnelles ébranlées, difficulté relationnelle avec les patients, absentéisme, absence de communication au sein de l'équipe, etc.

5.2. Prévention de l'épuisement professionnel

La prévention du SEPS fait appel à la mise en œuvre de techniques au niveau individuel ou en groupe.

5.2.1. L'approche individuelle

L'approche individuelle touche le prestataire dans les domaines psychiques, professionnels, les comportements de santé, les activités extra professionnelles, les relations interpersonnelles et la prise en charge par un spécialiste. Il s'agit de « prendre soin de soi pour prendre soin des autres », en insistant sur les attitudes et les comportements à adopter pour une meilleure qualité de vie.

Concrètement, il s'agit de :

- Dormir suffisamment : dormir à des heures régulières et retirez les appareils électroniques avec écran de la zone de sommeil/chambre à coucher ;
- Éviter la routine ;
- Manger sainement et à des heures régulières ;
- Être physiquement actif (pratiquer du sport, éviter la sédentarité, etc.) ;
- Participer autant que possible à des activités sociales ;
- Passer des moments de meilleure qualité avec des amis et des membres de votre famille ;
- Éviter la consommation de drogues, d'alcool et de tabac.

5.2.2. L'approche collective ou institutionnelle

Elle est proposée par la structure et nécessite l'implication de la direction. Cette approche va consister à faire des activités collectives pour développer la qualité de

communication au sein de l'équipe. Elle concerne les espaces de parole, les formations et la création d'espaces de détente.

a) Les espaces de parole

Les espaces de parole sont des cadres d'échange qui favorisent l'expression de chaque membre du personnel dans un climat de confiance. Le responsable hiérarchique doit manifester un réel soutien à l'organisation des espaces de parole qui font partie du temps de travail, en reconnaissant leur intérêt.

Cela pourra empêcher certains membres de l'équipe d'en contester l'utilité. Sa présence légitime les espaces de parole. Les espaces de parole comprennent :

- Les réunions de discussions de cas ;
- Les Groupes de parole des membres de l'équipe (tous les intervenants) ;
- Les réunions institutionnelles

b) L'organisation de formations collectives

Les formations visent une mise à niveau des prestataires de la structure en vue de faire face aux nouvelles exigences dans le cadre de son travail. Elles portent sur la santé mentale et le soutien psychosocial et autres domaines de compétence. Il existe deux types de formation : Les formations internes à la structure et les formations externes. Ce deuxième type de formation permet au personnel de s'éloigner des lieux de stress quotidien et d'établir des relations non chargées affectivement avec d'autres personnes.

c) Création d'espaces de détente

Il est conseillé aux différentes organisations d'aménager un espace et de planifier des activités de détente/loisirs pour les membres de leur personnel.

CONCLUSION

Les soins et soutien aux OEV et leurs familles constituent un enjeu majeur pour l'épanouissement des enfants en Côte d'Ivoire. Les défis relevés dans l'offre du service psychosocial ont conduit à l'élaboration du présent Guide qui se veut pratique.

Ce document vient renforcer chez les intervenants sociaux leur compréhension des problématiques du terrain et les réponses adaptées aux besoins psychosociaux rencontrés par les OEV et leurs familles.

La mise à disposition d'outils et de techniques adaptés au contexte ivoirien vient répondre aux exigences d'harmonisation des interventions dans le domaine psychosocial.

Ce guide aidera sûrement les nombreux acteurs nationaux à offrir des services adaptés aux enfants y compris les OEV et leurs familles pour une meilleure qualité de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Décret n°2023-90 du 15 Février 2023 portant réglementation des familles d'accueil
- Dictionnaire critique de l'action sociale, 1995
- ITPC (International Treatment Preparedness Coalition), *Prestation Différenciée des Services (DSD)*, <https://itpcglobal.org/fr/blog/treatment/differenciation-prestation-de-services/>, consulté le 8 avril 2023
- Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité
- LOI n° 2019-574 portant Code pénal
- Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, *Politique Nationale de Protection de l'Enfant (PNPE)*, janvier 2023
- Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, Programme National de lutte contre le sida, *GUIDE POUR L'ANNONCE ADAPTEE DU DIAGNOSTIC à l'Enfant / L'Adolescent Vivant avec le VIH (E/AVVIH)*, 2022
- Nations Unies, *Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE)*, 1989
- OMS, *La prestation différenciée de services aux enfants et adolescents*, <https://www.who.int/fr/publications->

[detail/WHO-CDS-HIV-](#)

[19.25#:~:text=La%20prestation%20diff%C3%A9renci%C3%A9e%20des%20services,soulager%20les%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9, 2019, consulté le 8 avril 2023](#)

- OMS, Santé des adolescent.es
- OMS, Santé des adolescent.es, Maltraitance des enfants, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>, 2022, consulté le 10 juin 2023
- PEPFAR, *Redéfinition des Orientations Stratégiques du PEPFAR - Réaliser la Promesse des États-Unis pour mettre Fin à la pandémie du VIH/SIDA d'ici 2030*, Septembre 2022
- Piaget, J. Delachaux et Niestlé, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, 1936, 9ème édition, 1977
- PN-OEV, *Évaluation de l'offre de service aux OEV et leurs familles dans cinq régions de la Côte d'Ivoire : Abidjan-Abobo, Bouaké, Bondoukou, Man, San-Pedro - Rapport final*, 2017
- The Lancet, Child and adolescent health, Volume 2, Issue 3, P.223-228, March 2018, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

- The Lancet, *Adolescence: a foundation for future health*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60072-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60072-5/fulltext)); consulté le 8 avril 2023.
- The Lancet, *Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data* [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60203-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60203-7/fulltext)); consulté le 8 avril 2023.
- The Lancet, *Worldwide application of prevention science in adolescent health*, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60238-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60238-4/fulltext), consulté le 8 avril 2023.
- World Health Organization (WHO), *Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice*, Decembre 2019
- WHO, *The second decade: improving adolescent health and development*, Geneva, 2001
- WHO, *Integrating psychosocial interventions and support into HIV services for adolescents and young adults: Technical brief*, 2023
- WHO, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*, 2013

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de suivi psychologique

Fiche de liaison de suivi psychologique

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Entourage de l'enfant :			
Père :	☐ Vivant	☐ Décédé	Absence du foyer
Mère :	☐ Vivante	☐ Décédée	Absence du foyer
			☐ Temporaire ☐ Permanente
			☐ Temporaire ☐ Permanente

Si enfant orphelin :	
Année de décès du père :	Année de décès de la mère :
L'enfant connaît la cause de décès de ses parents	☐ Oui ☐ Non
L'enfant se souvient de ses parents avant leur maladie	
L'enfant se souvient de ses parents pendant leur maladie	
L'enfant a accompagné ses parents en fin de vie	☐ Oui ☐ Non
L'enfant a un testament oral ou écrit de son parent décédé	☐ Oui ☐ Non
L'enfant a des objets personnels ou des photos de ses parents	☐ Oui ☐ Non

Processus des annonces (dater si annonce faite) :	Qui a fait l'annonce ? À quelle date ?			
	Psycho	Médecin	Parent/tut	Conseiller
Existence d'un microbe, d'un virus... à l'intérieur de ton corps, dans ton corps				
Problème avec les défenses du corps, les globules blancs				
Guérison impossible, tt possible = le microbe va rester mais on peut le faire dormir				
Traitement à vie, médicaments tous les jours				
Possibilité de grandir, d'étudier, de se marier, d'avoir des enfants				
Notions sur le VIH, le sida, les modes de transmission				
Le microbe s'appelle VIH				
Les explications ont été reprises à l'adolescence				
Le thème de la sexualité et de l'annonce au partenaire ont été abordés				

Suivi psychologique :	Individuel :	☐ Non	☐ Oui, irrégulier	☐ Oui, régulier
	En groupe :	☐ Non	☐ Oui, irrégulier	☐ Oui, régulier

Quel est ou quels sont les adultes de référence pour l'enfant ?	Téléphone éventuel
.....	
.....	

Qui connaît le diagnostic de l'infection de l'enfant ?
.....
.....

Remarque(s) éventuelle(s) :

Annexe 3 : Liste des participants aux ateliers de révision et de validation

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	Contacts	
				TEL/C EL	E-MAIL
1	ABDALLAH TRAORE	MEPS	DR	07 57 66 96 65	drao.yakro@gmail.com
2	ABOUO FARIDA MARCELLE	MFFE		07 58 41 09 74	
3	AKE LAURENCE EMMANUELLE	PN-OEV	CHARGE E S.E	07 57 60 35 55	palme111@yahoo.fr
4	AKORA EPSE YAPO	MFFE	CT	07 07 82 59 74/07 08 79 06 65	akorayapo2@gmail.com
5	ANKOTCHE MIREILLE	PN-OEV	S/D RENFOR. SYS	07 07 39 70 84	amireille@pnoev.ci
6	APATA BOSSON ANTOINE	PNN	MEDECIN	07 08 16 35 88	apataboss@gmail.com
7	CAMARA BEN ZACARIA	CENTRE SAS	PRDT ADOS ET JEUNES	07 58 31 74 68	camaben25@gmail.com
8	CHRISTELLE ANOKRE	PPEAV	ASS. PROJET	07 08 14 12 93	anokrechristelle@gmail.com
9	COULIBALY NIBON D.	PN-OEV	SECRETAIRE	07 79 80 34 89	coulibalyNibongu@gmail.co m

10	DAFFE KARIDJA	PN-OEV	COOR TECH	05 05 63 37 45	dkaridja@pnoev.ci
11	DAGRI N'ZIAN LUCIE	USAID	C TEQ	05 05 12 02 74	ldagri@usaid.gov
12	DAKO DANO	DRFFE SC	DR	07 07 37 76 47	dakodano@rocketmail.com
13	DANIEL TRAH DIBI	INSFS/MEP S	FORMATEU R	07 07 66 62 55	dilr_daniel2@yahoo.fr
14	DIOMANDE BRAHIMA	C.ROS	VICE- PRSDT	07 07 15 07 24	dndtelcom41@gmail
15	DOH MOMBA	IRC	ASS. MANAG	05 84 20 08 30	thierry.dohrescue.org
16	DR KONAN ELIE	PN-OEV	CONSULTA NT	07 57 08 45 27	eliebledou@gmail.com
17	DR KOUASSI FLORE LAGO	PN-OEV	D-C	07 07 25 91 92	florekouassi@pnoev.ci
18	EBINI KOFFI	MEPS	DR	07 08 08 42 69	drpsdaoukro@gmail.com
19	ELYSEE LEROUX	RIJES	DIR EXECUTIF EXECUTIF	01 02 84 19 07	lerouxelysee@yahoo.fr
20	GAUDENS KABLAN ALDREX	ONG FESALIS	COORD	07 49 79 54 32	gaudenskablalaldrex@gmail.com
21	GNAHORE YALLA ARTHUR	IRC	CT	07 08 61 26 26	arthur.gnaore@rescue.org

22	KAMAGATE FATHIM	CDC	ADS	05 74 90 80 46	opx3@cdc.gov
23	KARAMOKO AHMED	DGPS	AGENT	07 48 15 06 79	karamoko1984.ahmed@gmail.com
24	KOFFI K. RODRIGUE	G.E	CONSULTA NT	07 08 87 65 18	kolou.rodrique@gmail.com
25	KOFFI KOUASSI HILAIRE SOCRATE	PNLVBG	CHEF SCE	07 47 29 66 11	koffisocrate@yahoo.fr
26	KOFFI YAO HYACINTHE	CENTRE SAS	CHEF PROJET ADOS	07 09 66 67 71	Hyacinthe.kofficentresas.ci.org
27	KONAN ELIE	PN-OEV	CONSULTA NT	07 57 08 45 27	elibledou@gmail.com
28	KONAN KOUAKOU DENIS	SEV-CI	CTSSOEV	05 44 71 59 65	akonan@sevci.org
29	KOUAKOU EMMA	PN-OEV	CHARGE MOB	07 47 85 57 88	angouem@gmail.com
30	KOUAKOU EPSE KAKOU JOSEPH SOLANGE	PNSSU - SAJ	MEDECIN	01 01 08 58 85	kakoujoseph@gmail.com
31	KOUAME KOFFI REMY	PNLS	ASS. SOIN SOUTIEN	07 48 09 24 91	kouame.remy@pnls-ci.com
32	KOUASSI MAX ELIE ARSENE	SAVE T C	SR MANAGER	07 58 96 18 65	arsene.Kouassi@savethechil dren.org
33	KROU A. MICHEL	GFM3	CT OEV/REM	07 07 71 24 85	Michelkrou27@gmail.com

34	KROUMA MOUHAMADOU	MENA	CHEF SCE	07 07 62 40 51	krouma00@gmail.com
35	LATH JEANNINE	CDC	OVCT.A	05 64 48 33 74	usk@cdc.gov
36	MOUSSA DIARASSOU BA	MFFE	DIR CAB	07 47 77 66 53	mo.diarassouba@famille.gouv.ci
37	N'GATTA GUY ROLAND	STC	CT OEV/REM	05 85 18 18 71	Roland.ngatta@savethechildren.org
38	N'GUESSAN T. SOSTHENE	UNIVERSITE NANGUI ABROGOUA	CONSULTANT	07 07 28 35 01	nguessans@yahoo.fr
39	NANDJUI YANNICK ROMUALD	CCE	SUP. COM	05 64 27 49 51	nandjuromuald@gmail.com / cocodyatedelespoir@yahoo.fr
40	NICOUE A. AIME	CDC	CHEF ADJT BIS	05 05 01 38 70	hpm8@cdc.gov
41	PRAO AKA HERVE	CDC	CT	05 04 14 90 11	xxe6@cdc.gov
42	REINE AFFIBA NIANVOM	PN-OEV	RESP SCE FORMATIO	01 40 00 82 24	benediction537@yahoo.fr
43	SANOGO NEE KONATE MARIAME	PNLS	ASS. SOINS ET TRAITEMEN	05 95 97 76 45	Sanogo.mariame@pnls-ci.com
44	SAVANE SY MARIAM KABA	PN-OEV	RESP MPCOM	07 07 33 36 35	smariam@pnoev.ci

45	SEHI MATHURIN	DMOSS/MENA	COORD. PROG PREVENTIO N IST/VIH	07 07 65 50 41	mathurinsehi@yahoo.fr
46	SEMI LOU BERTINE	COFCI	PCA	05 05 70 18 69	semitina@gmail.com
47	SILUE GUEFFALA DAVID	CARITAS	CC / SS	07 08 54 83 97	gueffaladavid@gmail.com
48	SORO DETI GEORGES	EGPAF	CT OE V	05 05 62 30 21	sgeorges2@yedaids.org
49	SORO ZAHATIO	CARITAS KORHOGO	DIR DIOCESAINE	05 05 40 90 97	zahatiosoro@yahoo.fr
50	TAHE ARTHUR LANDRY	MFFE	DAFP	07 08 18 32 52	arthurtahe@yahoo.fr
51	TINGAIN NEE KOUAME AMANI CLAUDINE	PN-OEV	CHARGE E DE FORMATIO N	07 07 56 24 23	kclaudine@pnoev.ci
52	TOURE NEE KONE MOUSSOKORO	MEMDEF	RESP OE V ET VBG	07 07 36 39 34	Tourebetty0@gmail.com
53	TOUVOLY BI ZORO B.	DR BELIER	DR	07 47 15 28 83	pivotouvo@gmail.com
54	TRAORE FATOUMATA BINTOU	DPE	SOUS-DIR	07 47 71 97 62	traorefb3@gmail.com
55	TRIKA BEUGRE	USAID	CT DREAMS	05 64 54 18 75	jtrika@usaid.gov

56	YAO MAX LANDRY	DFF	CHEF SCE	07 57 63 15 50	maxlandryy@outlook.com
57	YAPI ROLANDE EPSE KOFFI	ONG ALLIANCE	CHARGE PROGRAM	07 47 06 34 78	rkoffi@allianceciv.org
58	YAPO AKORA ARAMATA	MFFE	CT	07 07 82 59 74	akorayapo2@gmail.com
59	YEFFEY PACOME	MEPS/DAS	SOUS- DIRECTEUR	07 09 46 73 46	pacyeffey@yahoo.fr
60	YEO HAROUNA	ESPACE CONFIANCE	COORD REGIONAL	07 08 33 06 67	harouna.yeo@hotmail.com

Table des matières

AVANT-PROPOS.....	2
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
SIGLES ET ACRONYMES.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES	7
FIGURE 1 : SEANCE D'ANNONCE DU STATUT DE L'ENFANT... 7	
o <i>Psychologues</i>	<i>8</i>
INTRODUCTION.....	9
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DE L'OEUVRE ET SA FAMILLE.....	12
CHAPITRE I : L'enfant, l'adolescent.e et sa famille	13
1.2 Le développement de l'enfant, l'adolescent.e (et du . 19	
1.2.1 Les enfants de 0 à 1 an.....	20
1.2.2 Les enfants de 1 à 3 ans.....	28
1.2.3 Les enfants de 3 à 5/6 ans	30
1.2.4 Les enfants de 6 à 11 ans.....	33
1.2.5 Les adolescent.e.s de 11 à 18 ans	34
1.2.6 Le développement du jeune adulte	37
CHAPITRE II : LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL DE L'ENFANT	28
2. <i>I Définitions</i>	<i>28</i>
2.1.2 Le soutien social	28
2.1.3 Le soutien psychosocial	28
NB : Il est recommandé à l'intervenant social de faire preuve d'empathie (être accueillant, n'avoir aucun	

<i>préjugé et être respectueux de la dignité et de l'élan émotionnel de l'aider, etc.) au cours des séances d'aide.</i>	29
2.2. Facteurs à prendre en compte en travaillant avec les enfants et les adolescent.e.s	30
2.2.1- <i>L'âge de l'enfant</i>	30
2.2.2- <i>L'âge des parents ou substituts parentaux</i>	30
2.2.3 <i>La Parentalité</i>	30
2.2.4- <i>Le type de famille</i>	31
2.2.5 <i>Le cadre de vie</i>	31
2.2.6 <i>Les aspects culturels et religieux</i>	31
2.2.7 <i>L'équilibre psychologique de l'intervenant</i>	32
2.3. Le cadre de l'intervention	33
2.3.1 <i>A l'intérieur du centre de santé ou le site d'accompagnement</i>	33
a) La salle	34
b) Les intervenants sociaux	35
c) Les outils de suivi	36
2.3.2 <i>Dans la communauté</i>	38
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODES ET TECHNIQUES DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL	39
CHAPITRE I : MÉTHODES ET TECHNIQUES DU COUNSELING	40
1.1 <i>L'écoute active</i>	40
1.2 <i>L'observation</i>	41
1.3 <i>L'expression</i>	42
CHAPITRE II : DÉROULEMENT DU COUNSELING	43

2.1. Le counseling individuel.....	43
2.1.1 Définition	43
2.1.2 Les étapes du counseling individuel.....	43
Tableau 7: Les étapes du counseling.....	44
2.2 Le counseling de groupe.....	45
2.2.1 Définitions.....	45
2.2.3 Les interventions du soutien psychosocial aux enfants et adolescent.e.s infecté.e.s.....	47
CHAPITRE III : LES TECHNIQUES ET SUPPORTS DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL	49
3.1 Les techniques du soutien psychosocial.....	49
❖ <i>Les activités créatives.....</i>	49
❖ <i>L'écriture et la discussion.....</i>	49
❖ <i>L'échelle visuelle analogue.....</i>	49
3.2 Les supports du soutien psychosocial.....	49
❖ <i>Les supports vidéo</i>	50
❖ <i>Les spectacles.....</i>	50
3.3 Les supports du soutien psychosocial aux enfants infectés	51
❖ <i>Les cartes de counseling</i>	51
❖ <i>La boîte à images</i>	52
❖ <i>Les fiches techniques</i>	53
❖ <i>Les affiches</i>	54
❖ <i>Les livres et les brochures.....</i>	54
3.4 Activités à développer au niveau des adolescent.e.s et jeunes adultes	55
TROISIÈME PARTIE : ACTIVITÉS DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL.....	67

- NB : Les tranches d'âge sont données à titre indicatif.
 L'intervenant social devra s'appuyer sur la maturité réelle de chaque enfant pour lui faire bénéficier des interventions appropriées. 68
- Les groupes de soutien des enfants et adolescent.e.s 68

CHAPITRE I : LES DIFFÉRENTS TYPES DE GROUPES DE SOUTIEN ET LEURS ACTIVITÉS ... 69

1.1 Les groupes de soutien des enfants 69

1.1.1 Le Club d'Enfants (voir fiche technique) 69

1.1.2 Le groupe de soutien des adolescent.e.s/ L'école... 70 des adolescent.e.s..... 70

Tableau 10: les étapes d'animation de l'école des... 70

1.1.3 Le Groupe de Thérapie Structurée/ Groupe de parole 72

1.1.4 Le Groupe d'Aptitude au Jeu 73

1.2 Les groupes de soutien des parents/substituts parentaux ou groupes d'éducation parentale 73

CHAPITRE II : PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE SOUTIEN/GROUPE DE PAROLE 75

QUATRIÈME PARTIE : GESTION DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX SPÉCIFIQUES... 76

CHAPITRE I : LE DÉPISTAGE ET L'ANNONCE 77

1.1 Le dépistage du VIH chez l'enfant..... 77

1.2 L'annonce du statut sérologique VIH à l'enfant et à 78

1.2.1 La Préparation à l'annonce 78

1.2.2 L'annonce proprement dite 79

Figure 1 : Séance d'annonce du statut de l'enfant	82
1.3 Outils pour l'annonce du statut VIH aux adolescent.e.s	84
CHAPITRE II : L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT ARV DES ENFANTS INFECTÉS.	85
2.1 La préparation au traitement ARV	85
2.2. L'initiation du traitement ARV	87
2.3. Le counseling pour l'observance	87
2.3.1 Évaluation de l'observance	88
2.3.2 Recherche de solutions	89
2.3.3 Le matériel de suivi du traitement ARV	89
2.4. Le counseling de suivi	90
CHAPITRE III : LES AUTRES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX	92
3.1 Les enfants et adolescent.e.s endeuillé.e.s	92
3.1.1 Le deuil chez l'enfant de 0 à 4 ans	93
3.1.3 Le deuil chez l'enfant de 7 ans et de 11 à 17 ans	94
3.1.4 Le deuil chez l'adolescent.e de 11 à 17 ans	94
3.1.5 Le deuil chez l'adolescent.e et le jeune adulte de 18 94	
NB : Il est à noter que l'on peut retrouver le deuil dit pathologique chez l'enfant qui apparait sous formes de symptômes psychiatriques persistants (dépression, anorexie, boulimie, etc.).....	95
3.2 L'adolescent.e en difficulté	95
3.2.1 La violence	96
❖ Envers soi	96
3.2.2 Les Troubles du comportement alimentaire	97
❖ La boulimie	97

3.2.3 La fugue.....	98
❖ Le tabac et autres dérivés (Shicha)	98
❖ L'alcool	99
❖ Les drogues	100
3.2.4 La dépression et le suicide.....	101
Tableau 11: Quelques réactions des adolescent.es déprimés	102
3.2.5 La maladie mentale	103
3.2.6 Les comportements à risque ou jeux mortels.....	103
3.2.8 La grossesse précoce.....	104
<i>C'est une grossesse qui survient avant l'âge de 18 ans.</i>	104
3.3.1 Les différentes formes de violence et leurs conséquences	104
❖ Les violences physiques.....	104
❖ Les violences sexuelles	105
• Le viol.....	105
• La prostitution forcée	105
• L'inceste.....	106
• La pédophilie	106
❖ La violence psychologique :	106
❖ Les négligences lourdes.....	107
Tableau 12 : Contenu de l'approche ESVAS	108
CHAPITRE IV : LA RÉFÉRENCE ET LA CONTRE-RÉFÉRENCE	110
4.1 La mise en place d'un système de référence et de contre- référence	110
4.2. Quand référer ?.....	110
NB : Dans des situations telles que l'enlèvement, l'abus	

sexuel, les sévices corporels, la dépression ou la tentative de suicide, etc., il peut y avoir besoin de référer l'enfant afin qu'il ait une aide extérieure. L'intervenant social peut continuer à aider l'enfant pendant qu'il est soutenu..... 111

4.3. Où référer ?..... 112

4.4. A qui référer ? 113

4.5. Comment référer ?..... 113

CHAPITRE V : LA GESTION DU BURN OUT OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS (SEPS)..... 114

5.1 Généralités sur l'épuisement professionnel 114

5.1.1 Définition 114

5.1.2 Les causes : facteurs favorisant le Burn Out..... 114

b) Facteurs liés à l'environnement professionnel..... 115

5.1.3 Les symptômes et conséquences du SEPS 115

Tableau 13: Symptômes du SEPS 116

5.2. Prévention de l'épuisement professionnel 118

5.2.1.L'approche individuelle 118

5.2.2.L'approche collective ou institutionnelle 118

a) Les espaces de parole..... 119

b) L'organisation de formations collectives 119

c) Création d'espaces de détente..... 119

CONCLUSION 120

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 121

ANNEXES 124

08 BP 1816 Abidjan 08 - Côte d'Ivoire

Tél : +225 27 22 54 50 83

Fax : +225 27 22 41 39 88

Web : www.pnoev.ci

Facebook : PNOEV.CI

Email : pnoev2005@pnoev.ci

Cocody 2plateaux ENA Rue J15

