GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

LES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE ET LE VIH/SIDA

RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES DE **PRÉVENTION** ET DE **PRISE EN CHARGE**.

samusocialInternational

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

LES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE ET LE VIH/SIDA

RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES DE **PRÉVENTION** ET DE **PRISE EN CHARGE**.

MÉTHODOLOGIE

Echanges avec les directions et équipes des Samusociaux nationaux

Entretiens avec des structures externes au Samusocial International

Consultation de la documentation générale sur le VIH/SIDA

ÉQUIPE DE DÉVELOPPEMENT

Delphine Laisney, coordinatrice des ressources techniques

Christine Leguisai, psychologue clinicienne et psychosociologue, chargée de mission

Odile Gaslonde, chargée de formation

Mona Benchaouche, stagiaire

samusocialInternational

MAI 2012 - ©SAMUSOCIAL INTERNATIONAL / GRAPHISME : PHILIPPE BOYRIVENT

La réutilisation non commerciale, et notamment pédagogique, de tout ou partie des contenus du guide est autorisée à la condition de respecter l'intégrité des informations et de n'en altérer ni le sens, ni la portée, ni l'application, et d'en préciser l'origine et sa date de publication. En particulier le nom du Samusocial International doit être clairement mentionné. Les contenus de tout ou partie du guide ne peuvent en aucun cas être utilisés à des fins commerciales.

La présente publication a été élaborée avec l'appui financier de l'Union européenne. Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du Samusocial International et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne. La présente publication a également bénéficié du soutien financier de la Fondation Sanofi Espoir, partenaire des programmes du Samusocial International.

FONDATION SANOFI ESPOIR

Sommaire

04 **INTRODUCTION.**
06 Note explicative.

07 **PARTIE I :**
CE QUE NOUS DEVONS SAVOIR SUR LE VIH/SIDA.

08 FICHE TECHNIQUE N° 1 :
Qu'est-ce que le VIH/Sida ?

09 FICHE TECHNIQUE N° 2 :
Comment se transmet le VIH ?

10 FICHE TECHNIQUE N° 3 :
Comment éviter ou réduire le risque de la transmission du VIH ?

11 FICHE TECHNIQUE N° 4 :
La procédure de dépistage volontaire.

16 FICHE TECHNIQUE N° 5 :
Qu'est-ce qu'un traitement ARV ?

18 FICHE TECHNIQUE N° 6 :
Connaître le dispositif national de lutte contre le VIH/SIDA

20 **PARTIE II :**
CE QUE NOUS DEVONS COMPRENDRE
DE LA SITUATION SPÉCIFIQUE DES ENFANTS
ET JEUNES DE LA RUE.

21 FICHE TECHNIQUE N° 7 :
Les raisons de la vie dans la rue.

22 FICHE TECHNIQUE N° 8 :
Les déterminants de la santé.

24 FICHE TECHNIQUE N° 9 :
Santé et compétences psychosociales.

26 FICHE TECHNIQUE N° 10 :
La vulnérabilité au risque de transmission du VIH/SIDA.

30 **PARTIE III :**
CE QUE NOUS RECOMMANDONS DE METTRE EN PLACE.

31 FICHE TECHNIQUE N° 11 :
L'éducation préventive.

39 FICHE TECHNIQUE N° 12 :
L'accompagnement dans la procédure de dépistage volontaire.

50 FICHE TECHNIQUE N° 13 :
L'accompagnement dans la mise sous traitement ARV.

52 FICHE TECHNIQUE N° 14 :
Le suivi médical, éducatif et psychosocial, des enfants et jeunes séropositifs au VIH/SIDA.

58 **ANNEXES**

59 ANNEXE 1 :
Exemple de fiche pédagogique : la circulation sanguine.

60 ANNEXE 2 :
Parler de la sexualité avec les enfants et jeunes de la rue.

62 ANNEXE 3 :
Réaliser une fiche pédagogique : les modes de transmission du VIH/SIDA.

63 **DOCUMENTATION INDICATIVE.**

64 **LISTE DES ACRONYMES.**

Introduction

Ce guide propose des principes et modalités d'actions fondés sur l'approche Samusocial des enfants et jeunes de la rue. Il est recommandé, pour la mise en place de cette action, d'organiser une sensibilisation de l'équipe [Samusocial ou partenaire] par une structure spécialisée dans la lutte contre le VIH/SIDA afin de désamorcer les éventuelles craintes et réticences de l'équipe à intervenir dans ce domaine.

Ce guide a vocation à s'appliquer dans différents contextes d'intervention et, par principe, il ne peut être spécifiquement adapté à chaque contexte. Les recommandations générales du guide doivent nécessairement s'adapter au dispositif national de lutte contre le VIH/SIDA et au réseau de partenaires existant pour chaque Samusocial.

Ce guide est méthodologique et, par principe, il ne peut couvrir toutes les situations concrètement rencontrées par les équipes Samusocial. Il appartient alors aux équipes de se fonder sur les principes généraux de l'intervention et de la prise en charge développés par le guide pour décider des modalités d'action les plus adaptées à chaque situation individuelle rencontrée.

POUR**QUOI** ?

- Pour la formation des équipes du Samusocial ;
- pour la formation, par le Samusocial, des équipes des structures partenaires dans la prise en charge des enfants et jeunes de la rue (centres d'accueil et hébergement) ;
- pour la sensibilisation des équipes des structures spécialisées dans la lutte contre le VIH/SIDA (centres de dépistage, associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH-PVVIH) sur la prise en charge spécifique des enfants et jeunes de la rue.

POUR **QUI** ?

- Responsables de projet et coordinateurs d'équipe ;
- soignants ;
- psychologues ;
- travailleurs sociaux ;
- animateurs socio-éducatifs.

COM**MENT** ?

- Transmission du contenu du guide dans le cadre d'un atelier animé par un binôme médecin/psychologue de l'équipe Samusocial (pour les formations et pour les actions de sensibilisation).

NOTE EXPLICATIVE

LA PARTIE I :

- présente une synthèse des notions de base sur le VIH/SIDA dont la connaissance est un pré-requis pour tous les intervenants et s'adresse, de ce fait, particulièrement aux intervenants non-médicaux ;
- indique les éléments essentiels à connaître sur le contexte national de la lutte contre le VIH/SIDA, pour élaborer et gérer un projet Samusocial dans ce domaine, et s'adresse, de ce fait, particulièrement aux responsables de strucures et de services.

LA PARTIE II :

- présente une synthèse de la situation des enfants et jeunes de la rue avec une mise en exergue des clés de compréhension directement reliées à leur vulnérabilité au VIH/SIDA, et s'adresse, de ce fait, à tous les professionnels.

LA PARTIE III :

- formule des recommandations générales sur les modalités d'intervention des équipes Samusocial avec les enfants et jeunes de la rue, dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA, recommandations fondées sur les principes d'action Samusocial et l'approche Samusocial de la situation des enfants et jeunes de la rue.

Partie I

Ce que nous devons savoir sur le VIH/SIDA

Fiche technique N°1

QU'EST-CE QUE LE VIH/SIDA ?

SIDA SIGNIFIE SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE

SYNDROME :
ensemble des signes qui définissent une maladie.

IMMUNODÉFICIENCE :
les défenses de l'organisme sont affaiblies.

ACQUISE :
la maladie a été contractée au cours de la vie.

◖ Le SIDA est causé par un virus particulier [rétrovirus], LE VIH [HIV en anglais]. Le VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE attaque et détruit progressivement les défenses immunitaires de l'organisme qui devient incapable de se défendre contre diverses infections et maladies dites opportunistes [en particulier, pneumonies, tuberculose, candidoses, herpès, zona]. Le VIH est TRANSMISSIBLE par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, le placenta et le lait maternel.

◖ Pour qu'une personne sache si elle est porteuse du VIH, l'unique moyen est de réaliser un test de dépistage permettant de connaître la SÉROLOGIE, par la détection de la présence d'anticorps contre le VIH. Il existe une période de fenêtre sérologique entre le moment de la transmission du VIH et l'apparition des anticorps, pendant laquelle le VIH reste indétectable et donc les résultats du test nons fiables. Une personne porteuse d'anticorps anti-VIH est dite séropositive. Une personne qui n'est pas porteuse d'anticorps anti-VIH est dite séronégative.

◖ Il n'existe actuellement NI VACCIN PRÉVENTIF NI TRAITEMENT CURATIF DE L'INFECTION PAR LE VIH. Il existe des traitements antirétroviraux qui permettent de contenir, voire réduire, l'activité du virus dans le corps [la charge virale], ou potentiellement de prévenir la transmission du VIH dans des situations spécifiques.◗

Fiche technique N°2

COMMENT SE TRANSMET LE VIH ?

LE VIH **SE TRANSMET :**

- LORS DES RAPPORTS SEXUELS [par voie vaginale, anale ou orale] par le contact avec du sang, du sperme ou des sécrétions vaginales, d'une personne infectée. **La présence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)** augmente le risque de transmission du VIH ;

- LORS DE PRATIQUES D'EFFRACTION CUTANÉE [notamment, injection de drogues, piercing, tatouage, scarification, circoncision, excision] avec des instruments non stériles [seringues, aiguilles, lames] ;

- LORS DE LA MATERNITÉ **[de la mère séropositive à l'enfant]**
  - pendant la grossesse durant le dernier semestre [via le placenta],
  - lors de l'accouchement ;

- PENDANT L'ALLAITEMENT MATERNEL où le risque est accentué lorsque la mère alterne avec un autre mode d'alimentation [biberon, bouillie, nourriture solide].

LE VIH **NE SE TRANSMET PAS PAR :**

- l'eau,
- les aliments,
- les toilettes,
- la vaisselle et les ustensiles de cuisine,
- la toux et les éternuements,
- les poignées de main,
- les baisers,
- les insectes et les animaux.

Liste non exhaustive à faire évoluer en complétant avec les propos qui seront entendus lors des différentes séances d'éducation préventive.

CF. FICHE TECHNIQUE N°**11**

Fiche technique N°3 COMMENT ÉVITER OU RÉDUIRE LE RISQUE DE LA TRANSMISSION DU VIH ?

LORS DES **RAPPORTS SEXUELS**

◖ LE PRÉSERVATIF [MASCULIN OU FÉMININ] :

- pour tous les types de rapport sexuel [par voie vaginale, anale ou orale] ;
- utilisé du début à la fin du rapport ;
- mode de protection à usage unique.

◖ UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL **de courte durée** dit *prophylaxie post-exposition* peut être proposé en fonction de l'évaluation du risque de transmission. Il doit être pris dans les **48 heures suivant un rapport sexuel**, consenti ou non, et non protégé. ◗

LORS DE **PRATIQUES D'EFFRACTION CUTANÉE**

◖ DES INSTRUMENTS STÉRILES, **à usage unique et individuel.** Ne jamais prêter, emprunter ou réutiliser une seringue, aiguille, lame ou autres instruments perforants.

◖ UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL **de courte durée** dit *prophylaxie post-exposition* peut être proposé en fonction de l'évaluation du risque de transmission. Il doit être pris dans les **48 heures suivant l'exposition au risque**. ◗

LORS DE **LA MATERNITÉ** **[de la mère séropositive à l'enfant]**

◖ UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL **spécifiquement administré :**

- à la femme enceinte puis à la mère ;
- à l'enfant.

◖ **Si allaitement maternel,** MODE EXCLUSIF. Mode d'alimentation unique jusqu'au remplacement par un autre mode d'alimentation. ◗

Fiche technique N°4

LA PROCÉDURE DE **DÉPISTAGE VOLONTAIRE**

LES PRINCIPES **FONDAMENTAUX**

◖ LE CADRE JURIDIQUE. Lorsque la législation nationale interdit le dépistage volontaire des mineurs, ou des mineurs en deçà d'un certain âge, non accompagnés par un représentant légal, le consentement peut être donné par un «décideur de substitution ou de remplacement» légalement habilité.

◖ LA DÉONTOLOGIE PROFESSIONNELLE. Une procédure de dépistage doit se dérouler comme suit :

- avec le consentement libre et éclairé de la personne ;
- dans un climat de confiance mutuelle où la confidentialité et la discrétion doivent être garanties ; le consentement de la personne est requis pour toute information à des tiers, concernant la démarche et les résultats du dépistage.

◖ L'INCITATION AU DÉPISTAGE. L'OMS recommande que la procédure de dépistage soit systématiquement proposée par un soignant, dans le cadre des consultations habituelles, dans les cas suivants :

- aux adultes, adolescents ou enfants, présentant des signes, symptômes ou pathologies, évoquant une infection par le VIH ;
- pour les nouveaux nés de mère séropositive ;
- pour les enfants présentant une croissance insuffisante ou un état de malnutrition sans réponse à une thérapie nutritionnelle adaptée ;
- aux hommes demandant une circoncision à titre préventif.

▶▷

Cette proposition systématique respecte toujours le droit de la personne de refuser le test. En situation d'épidémie généralisée, et quand un ensemble de services de prévention, de traitement et de soins, recommandé par l'OMS, est réuni, l'incitation au dépistage doit être, selon l'OMS, systématique pour toute personne venant consulter dans un établissement de santé, quel que soit le motif de la consultation, quel que soit l'état de santé de la personne. La personne a toujours le droit de refuser.

LE DÉPISTAGE, MOYEN DE PRÉVENTION. Le dépistage est également un moyen de prévention : un résultat négatif peut fonctionner comme une motivation à le rester, un résultat positif peut fonctionner comme une motivation à protéger autrui.

AUX ORIGINES DE LA DÉMARCHE DU COUNSELING

Carl Rogers, psychologue clinicien, pose en 1942 les bases et les modèles d'une relation d'aide dans « Counseling and psychotherapy ». Il développe « le conseil centré sur la personne ». Le counseling est un ensemble de pratiques basées sur l'orientation, l'information, le soutien psychologique, qui consiste à mobiliser et à renforcer les ressources individuelles de chaque patient ainsi que ses capacités à surmonter des situations difficiles en trouvant en lui les réponses adaptées à sa situation de vie.

LE COUNSELING PRÉ TEST : ABORD GÉNÉRAL

Pour préparer psychologiquement la personne et l'appuyer dans une démarche volontaire de demande d'un test de dépistage, l'intervenant doit créer un environnement favorable à l'écoute et à l'échange. Pour cela, l'intervenant observe autant les demandes verbales que les signes non verbaux [nervosité, panique, angoisse] de la personne. Les informations transmises sont adaptées à chaque personne. En règle générale, elle doit-être informée sur :

- l'infection par le VIH [cf. FICHE TECHNIQUE N°1, 2 et 3] ;
- les avantages du dépistage du point de vue clinique et préventif, ainsi que les risques potentiels [discrimination, abandon ou actes de violence] ;
- les possibilités de prise en charge en cas de résultat positif : lieux et personnes ressources, démarches et procédures à suivre, services proposés et coûts financiers ;
- le fait que le choix de faire un test de dépistage doit être consenti et qu'il peut

être refusé sans entraver l'accès du patient à des services de soins ;
- le fait que le résultat restera confidentiel ;
- la réalisation d'un nouvel entretien à l'annonce du résultat et la possibilité d'être écoutée à nouveau.

Dans le cas d'un refus du test par la personne, une technique de conseil qui peut l'inciter à l'engager ultérieurement est la suivante :
- dire clairement qu'elle peut revenir quand elle le souhaite pour engager une démarche de dépistage ou simplement continuer à échanger ;
- revenir ultérieurement vers la personne pour lui reparler de la possibilité de faire un test quand elle le souhaite.

LA **SÉROLOGIE**

Plus communément appelée le « test de dépistage », elle est définie par les **analyses biologiques** faites à partir de l'échantillon de sang prélevé [étude du plasma et particulièrement du sérum].

ELLE SE COMPOSE DE DEUX PHASES :
- **une analyse de dépistage** qui vise à mettre en évidence la présence des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. En d'autres termes, on ne recherche pas le virus lui-même mais les défenses mises en place par le corps suite à l'infection par le VIH ;
- dans le cas où le résultat à ce premier test est positif, on procède à une **analyse de confirmation** qui élimine des résultats faussement positifs.

LES DIVERS TESTS SONT LES SUIVANTS :
- **Le test combiné « antigène-anticorps »,** dit test ELISA ;
- **Le test de dépistage rapide (TDR) :** selon le type, il peut être réalisé sur sang ▶▷

- total, salive, plasma ou sérum. Il est conçu pour donner un résultat visible à l'œil nu dans un délai court [entre 1 et 30 min].

- Pour les enfants de moins de 18 mois, il faut procéder à un test virologique qui est, dans certains pays, complexe et coûteux.

- Avec les tests combinés de nouvelle génération, on considère un résultat fiable à 99.8% au bout de 6 semaines suivant l'acte potentiellement à risque [rapport sexuel non protégé, injection de drogues avec seringue usagée, etc]. Durant cette période entre la contamination et l'apparition des anticorps, le VIH est indétectable. Avec les autres tests [test rapide et anciens tests combinés], le résultat ne peut être fiable qu'au terme d'une période de 3 mois.

LE COUNSELING POST TEST : **ABORD GÉNÉRAL**

- AUPRÈS D'UNE PERSONNE SÉRONÉGATIVE. L'annonce d'un statut sérologique négatif est l'occasion dont doit se saisir l'intervenant pour amener la personne à réfléchir sur ses comportements et les moyens à mettre en œuvre pour rester séronégatif. Si un doute existe concernant la durée entre le dernier acte potentiellement à risque et le test de dépistage, expliquer le résultat avec des informations sur la période de latence avant l'apparition des anticorps anti-VIH qui ne seront détectés qu'au bout de 6 semaines à 3 mois selon le test utilisé. Si nécessaire, proposer de refaire un test de dépistage [fait à partir d'un nouvel échantillon de sang]. Inviter à refaire le test si une nouvelle prise de risque est apparue. Discuter autour des modes de transmission et des comportements à risques. Dialoguer avec la personne sur les moyens de prévention disponibles pour elle et leur utilisation.

AUPRÈS D'UNE PERSONNE SÉROPOSITIVE. Le conseil est axé sur le soutien psychosocial pour faire face à l'impact émotionnel de l'annonce du résultat. Le cadre de l'échange et les informations transmises doivent s'adapter à l'état de la personne au moment de l'entretien. De manière générale, le counseling se déroule comme suit :

- annoncer le résultat et apporter les informations complémentaires de manière simple et claire ;
- laisser le temps de la réflexion, s'assurer que la personne a bien compris et lui permettre de poser des questions ;
- parler des inquiétudes immédiates et l'aider à surmonter les émotions qui l'envahissent ;
- évaluer les risques d'actes violents ou de suicide et prendre les mesures pour garantir sa sécurité physique ;
- l'aider à déterminer auprès de qui elle pourra trouver un soutien immédiat dans son entourage ;
- la conseiller sur les pratiques à adopter pour éviter de transmettre le VIH et de se sur infecter.

Fiche technique N°5

QU'EST-CE QU'UN **TRAITEMENT ARV ?**

DÉFINITION

Un traitement antirétroviral (ARV) vise à contenir ou réduire la multiplication du virus dans le corps. Il existe environ une vingtaine de médicaments ARV qui, combinés par trois ou plus, forment des trithérapies ou multi thérapies.

LE TRAITEMENT À VIE

En fonction du stade clinique, une forme de trithérapie, prise chaque jour à heure fixe, peut être prescrite. La composition du traitement peut évoluer au cours de la vie. Lorsqu'un traitement est commencé, il est fortement recommandé de le poursuivre. En cas d'arrêt, le corps va développer des résistances aux médicaments qui deviendront inefficaces pour lutter contre le virus.

LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE)

La PPE est un protocole potentiellement préventif de la transmission du VIH après une exposition à un risque. Elle est particulièrement recommandée pour les victimes de violences sexuelles et les victimes d'accident d'exposition au sang [tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang] : une effraction cutanée [piqûre ou coupure], une projection sur une muqueuse [œil, bouche] ou sur une peau lésée. En fonction du résultat de l'évaluation du risque de transmission, des antirétroviraux sont prescrits pour un traitement prophylactique de 28 jours, avec un soutien et un suivi appropriés.

LA PRÉVENTION DE **LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT** (PTME)

Les femmes séropositives enceintes qui ne remplissent pas les conditions pour le traitement à vie ou qui ne peuvent pas se le procurer, doivent recevoir, dès la 14ème semaine de grossesse et jusqu'à la fin de l'allaitement, un traitement spécifique prophylactique c'est à dire pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Que la mère reçoive un traitement à vie ou uniquement un traitement prophylactique, un traitement est également administré à l'enfant jusqu'à sa 6ème semaine et, le cas échéant, jusqu'à la fin de l'allaitement maternel. Si le test de dépistage s'avère positif pour l'enfant, il pourra, en fonction du stade clinique, recevoir un traitement ARV à vie.

La PTME passe aussi par le mode d'alimentation de l'enfant qui dépend, selon les recommandations de l'OMS, de la situation personnelle de chaque femme (son état de santé et ses conditions de vie) : *« L'allaitement au sein exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé à la mère séropositive, à moins que l'alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable plus tôt pour elle et son enfant. »* L'allaitement maternel doit toujours être exclusif, l'alimentation mixte accentuant le risque de transmission du VIH via le risque de lésions, notamment sur la paroi intestinale de l'enfant, que peut provoquer l'ingestion d'autres aliments.

Fiche technique N°6

CONNAÎTRE LE **DISPOSITIF NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

LE CONTEXTE **JURIDIQUE**

CONNAÎTRE :

- la législation nationale concernant le dépistage volontaire des mineurs non accompagnés par un représentant légal : un mineur peut-il engager une démarche de dépistage VIH, sans l'accord de ses parents ou tuteurs légaux ? Si oui, à partir de quel âge ?
- la possibilité d'être reconnu comme un « décideur de substitution ou de remplacement » en l'absence des représentants légaux des mineurs. Le Samusocial peut-il obtenir ce statut ? Quelle démarche juridique effectuer ? Ce statut confère-t-il un pouvoir décisionnel pour le dépistage et pour la mise sous traitement ARV à vie ? [CF. PARTIE III].

LE CONTEXTE **STRATÉGIQUE**

CONNAÎTRE :

- la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA ;
- les protocoles de santé, en particulier dans le cadre de la PTME [les recommandations nutritionnelles infantiles diffèrent selon les contextes nationaux].

LE CONTEXTE **ORGANISATIONNEL**

RÉPERTORIER SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL :

- les structures spécialisées VIH/SIDA ;
- les centres de dépistage, d'analyse et de prescription des ARV ;
- les centres de santé habilités PTME ;
- les structures de soutien aux PVVIH [associations communautaires notamment].

LE CONTEXTE **TECHNIQUE**

IDENTIFIER :

- les différents tests de dépistage disponibles, en particulier la faisabilité du test virologique pour les enfants de moins de 18 mois.

LE CONTEXTE **FINANCIER**

CONNAÎTRE :

- la gratuité ou le coût des tests de dépistage, des analyses et des ARV ;
- les modalités spécifiques d'accès à une éventuelle gratuité de prise en charge [du dépistage, des analyses, des ARV et du traitement des infections associées au VIH/SIDA].

Partie II

Ce que nous devons comprendre de la situation spécifique des enfants et jeunes de la rue

Fiche technique N°7

LES **RAISONS** DE LA VIE DANS LA RUE

Dans l'histoire d'un enfant ou jeune de la rue apparaît généralement une succession de ruptures avec la famille [parentale ou élargie] ou le tuteur qui le conduit à des allers-retours entre son domicile et la rue. Comment comprendre le processus qui l'amène à passer d'une situation instable, faite de ruptures, à une véritable installation dans la rue ? Au milieu des ruptures préalables à l'installation dans la rue, surgit un événement traumatique : une violence devenue insupportable, une brimade qui dépasse les vexations quotidiennes endurées jusqu'alors. La décision de ne pas rentrer peut-être ainsi la conséquence d'un «débordement de violences», un point de saturation qui provoque la fugue définitive. Le départ devient alors un «état de sauvegarde».

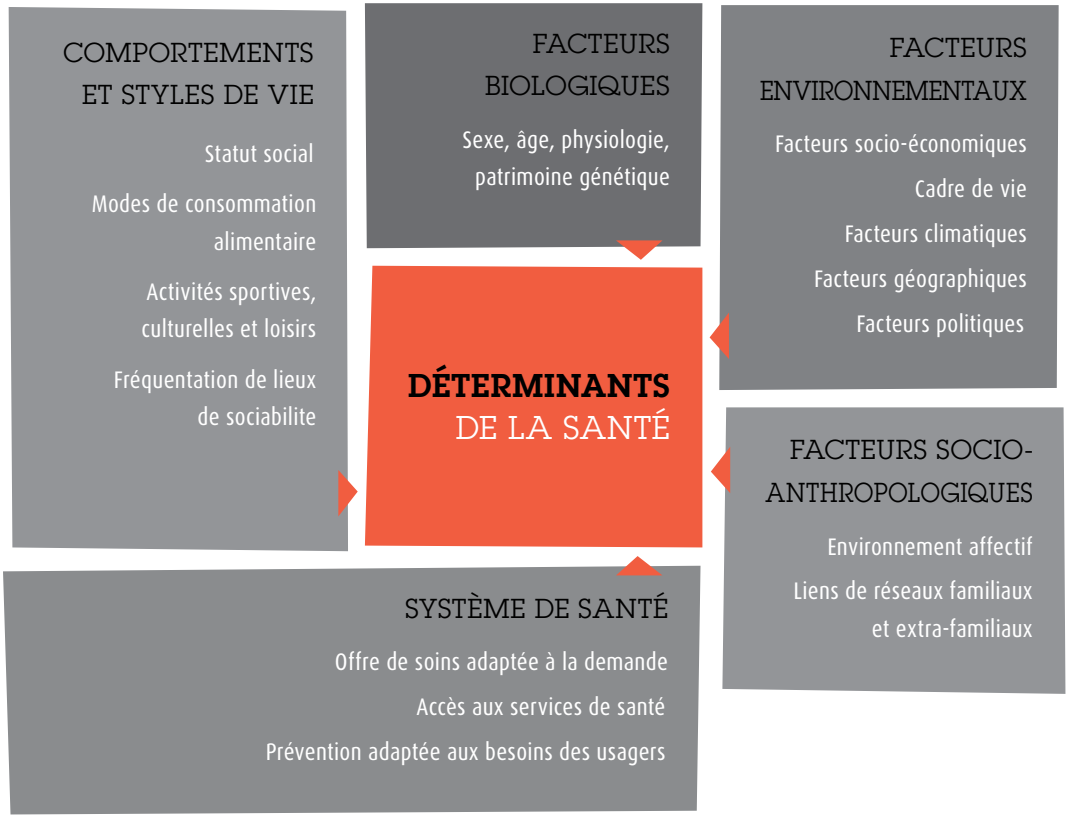
Dans toutes les situations, l'installation dans la vie dans la rue procède d'une histoire douloureuse, traumatique, qu'il est essentiel de comprendre pour analyser les comportements des enfants et jeunes de la rue.

Fiche technique N°8

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- DÉFINITION DE LA SANTÉ (OMS) : *«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»*

- LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : *«Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.»*

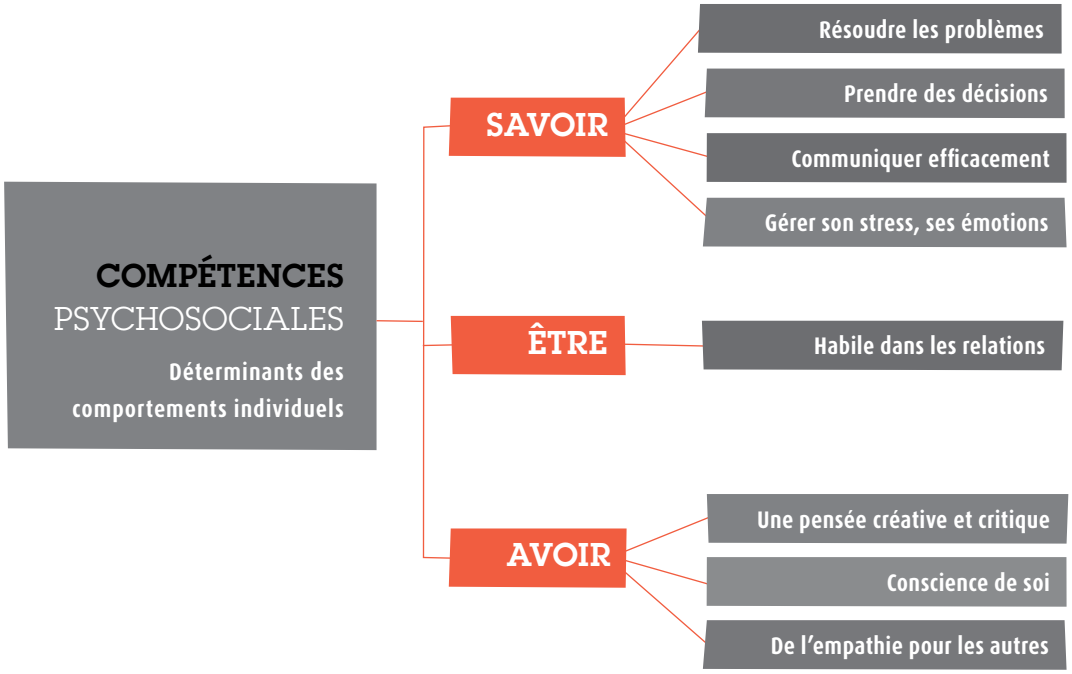


CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE, LE SCHÉMA PEUT ÊTRE RENSEIGNÉ COMME SUIT :

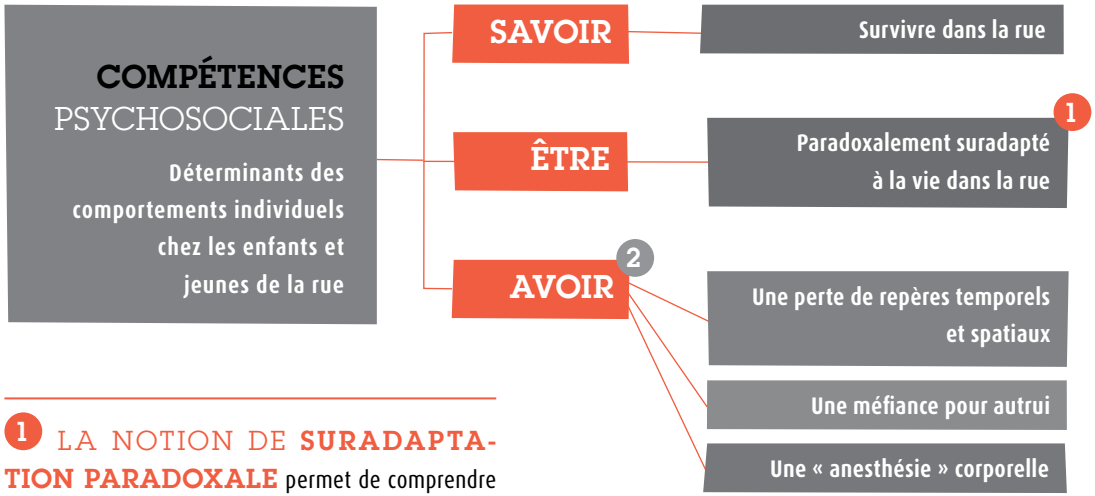
Fiche technique N°9

SANTÉ ET **COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES**

L'OMS recommande de DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES pour agir sur les déterminants sociaux qui nuisent au maintien de la bonne santé.



AVEC LES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE, le diagnostic psychosocial est généralement le suivant :



1 LA NOTION DE **SURADAPTATION PARADOXALE** permet de comprendre pourquoi la plupart des enfants et jeunes de la rue ne se présentent pas dans un état visible de traumatisme lié à la rupture familiale et à la vie dans la rue. D'apparence « petits caïds qui n'ont besoin de rien ni de personne », ils sont toutefois souvent dans l'incapacité de parler d'eux et de faire des demandes pour eux-mêmes ; ils font des demandes pour autrui, les autres du groupe. Ils sont également souvent dans l'incapacité de quitter leur territoire de vie. Enfin, lorsqu'ils se sentent en confiance et en sécurité, ils régressent, redeviennent de tout petits enfants qu'il convient alors d'accompagner dans un nouveau développement physique et psychique ; une régression nécessaire pour se libérer des mécanismes psychiques de leur apparente adaptation à la vie dans la rue.

2 Ces trois dimensions de l'Avoir sont l'impact direct de la vie dans la rue qui génère un PROCESSUS DE **DÉSOCIALISATION** par la perte des repères du temps [perte des rythmes de veille et de sommeil] et de l'espace [espace qui se réduit progressivement au territoire de vie], un relationnel à autrui dans une logique d'agressivité, agie et/ou subie. Le corps maltraité par la vie dans la rue finit par ne plus donner de signes de vie [sensations de plaisir et de douleur].

Fiche technique N°10

LA VULNÉRABILITÉ AU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA

Compte tenu des modes de transmission du VIH/SIDA et au regard des déterminants de la santé et du diagnostic psychosocial, la vulnérabilité des enfants et jeunes de la rue au risque de transmission du VIH/SIDA est essentiellement liée à :

L'ALTÉRATION DU RAPPORT AU CORPS

EN LIEN AVEC DES ÉVÉNEMENTS DU PASSÉ...

Carence de soins primaires : Le terme de carence de soins primaires désigne l'impossibilité pour la mère, ou son substitut (cas des enfants confiés), d'investir émotionnellement son enfant et de lui porter un regard bienveillant ; beaucoup d'enfants et jeunes de la rue ont subi cette carence et cela affecte, en premier lieu, leurs propres capacités à prendre soin d'eux-mêmes.

Carence éducative : Les carences éducatives se révèlent très généralement par un défaut de surveillance et de protection, le non respect du rythme de l'enfant, le désintérêt pour la scolarité et l'éducation en général. Les vertus affichées d'une éducation «stricte» masquent, dans beaucoup de situations rencontrées chez les enfants et jeunes de la rue, de véritables sévices corporels. Les violences physiques mais aussi verbales endurées par ces enfants et ces jeunes marquent fortement l'estime de soi et la propension à ne pas se mettre en péril.

Abus sexuels et sexualité subie : les viols, et plus largement la sexualité subie, ont des effets psycho-affectifs destructeurs pour l'enfant ou le jeune adolescent, effets aggravés en fonction de la récurrence de l'événement maltraitant et

de l'auteur des faits. Si ce dernier exerce une autorité morale (au sein de la famille ou pas) ou un pouvoir d'emprise, cela accentue le degré de destructivité pour l'enfant. Concernant les abus qui se déclarent au sein de la famille, il convient de comprendre la notion d' «inceste» dans sa définition large, c'est-à-dire aussi bien les abus sexuels commis par un/des membre(s) de la famille mais également le fait d'avoir été soumis à un climat incestuel (enfant exposé à des comportements de séductions de la part d'adultes, des allusions sexuelles, du voyeurisme ou des exhibitions à l'endroit de l'enfant qui, terrorisé, se replie et se tait). A observer les comportements et attitudes de beaucoup d'enfants et jeunes de la rue, l'hypothèse de situations d'incestes antérieurs s'avère particulièrement probable.

Ces vécus traumatiques, intra ou extra familiaux, non ou peu verbalisés et élaborés, altèrent de fait l'ensemble du rapport au corps et à la sexualité.

... QUI SE MANIFESTE DANS LE PRÉSENT PAR :

Pratiques sexuelles, pratique du sexuel, carence de la représentation de la sexualité : Une distinction doit être faite entre le «sexuel» et la «sexualité». En effet, chez beaucoup d'enfants ou d'adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles, il n'y a aucune représentation de la sexualité. Ils utilisent les rapports sexuels comme un moyen de survie (protection et faveurs de la part des aînés, activité économique...). Leur apparente «anesthésie affective», que révèlent notamment la crudité, voire la cruauté, des propos qu'ils expriment au regard des rapports sexuels, la sexualité compulsive qui ressort des pratiques du sexuel intra-groupe, la consommation irrépressible de toxiques, les souillures corporelles, sont autant de comportements à mettre en lien avec les mécanismes de défense vis-à-vis de la domination sexuelle dont ces enfants et adolescents ont été victimes avant la rue et sont victimes dans la rue.

La prise excessive de substances psycho-actives : elle permet notamment d'anesthésier la personne qui a été souvent, et est toujours, maltraitée dans la vie dans la rue. Si l'injection de drogues est en soi risquée en termes de transmission du VIH/SIDA, l'inhalation de solvants, l'alcool, etc... ont également un impact direct en termes de conduites à risque vis-à-vis des rapports sexuels.

Les pratiques de scarification profane et d'auto mutilation : elles sont souvent réalisées pour retrouver des sensations corporelles et donc le sentiment d'exister ; ces pratiques d'effraction cutanée sont un éventuel vecteur de transmission du VIH/SIDA.

Désir de grossesse et/ou de maternité ; «Entre avoir un enfant et être maman» ; l'impossible adéquation : Le désir de grossesse et le désir d'enfant sont deux notions différentes. Les grossesses précoces sont souvent révélatrices d'une quête identitaire en tant que processus psychologique et besoin de reconnaissance sociale. «Être en état de grossesse» pour une adolescente, c'est accéder à un statut différent au sein du groupe des jeunes de la rue. L'adolescente est reconnue du fait de sa fécondité révélée ; elle passe d'un statut de «fille» ou même parfois de «prostituée» et/ou «toxicomane», à celui de «mère». Suite à l'accouchement, des dépressions post-partum sont observables chez de nombreuses jeunes filles qui n'ont pas pu construire psychiquement de place pour leur enfant. Des réactions négatives vis-à-vis de l'enfant peuvent être observées (indifférence ou rejet avec exposition de l'enfant aux dangers de la vie en rue, en particulier intoxication par des drogues). La carence du désir de maternité est une difficulté majeure dans la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes filles de la rue : entre le souhait d'être enceinte, et donc de ne pas protéger les rapports sexuels, et la non expression de désir de maternité, et donc de ne pas protéger le fœtus et le nouveau- né (risques de rapports sexuels non protégés pendant la grossesse, absence de suivi pré et post natal, risque d'inobservance du traitement de la PTME).

LA **SURVIE**

La survie accapare toute l'énergie des enfants et jeunes de la rue. Il est difficile pour eux de prendre en compte une infection dont les effets sont différés dans le temps et qui remet en cause un futur qui est déjà incertain. **Les stratégies de survie sont des facteurs de vulnérabilité au risque d'infection au VIH** car elles participent à une plus forte exposition à des situations à risque tant dans la récurrence de celles-ci que dans leur durée. Ces situations à risque s'inscrivant tant dans un registre sanitaire (inaccessibilité aux soins) que socio-économique (exploitation telle que la prostitution) et psychologique (hors du jeu social de la communauté, stigmatisation, maltraitances et faits d'agressions physiques et verbales).

En outre, la spécificité de cette infection est en lien avec ses représentations, en particulier dans le rapport au sexe et à la mort, sujets qui se parlent difficilement. Au regard de la représentation sociale de cette maladie fortement stigmatisée, l'enfant, le jeune, ne peuvent que faire fi de ce qui leur est annoncé ; **ils peuvent même renforcer une attitude de défi et donc de prise de risques.**

Enfin, dans la prostitution régulière ou d'opportunité, en tant que stratégie économique de survie, le pouvoir de négociation du port du préservatif est considérablement affaibli.

Partie III

Ce que nous recommandons de **mettre en place**

Fiche technique N°11

L'ÉDUCATION **PRÉVENTIVE**

NOTIONS

PRÉVENTION DE LA MALADIE

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent à :

- empêcher l'apparition de la maladie [prévention primaire] : actions d'information et d'éducation ;
- ralentir ou arrêter son évolution [prévention secondaire] : stade du dépistage et de la mise sous traitement ;
- réduire les invalidités fonctionnelles liées à la maladie [prévention tertiaire]: actions de rééducation et de réinsertion socio-professionnelle.

EDUCATION POUR LA SANTÉ (OMS)

«L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. ***Par conséquent, l'éducation pour la santé agit sur les déterminants sociaux (conditions de vie qui ont un impact sur la santé) ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque en vue de développer des compétences psychosociales.****»*

▸▹ **RECOMMANDATIONS** GÉNÉRALES

◖ LE LIEN SOCIAL

La mission générale du Samusocial doit préalablement être connue par le groupe ou l'individu [en rue] afin de ne pas être perçu comme une structure spécialisée dans la lutte contre le VIH/SIDA ou une structure exclusivement éducative.

- Accompagnement médico-psychosocial et éducatif global fondé sur une relation de confiance. Cela suppose un temps relationnel préalable qui s'évalue groupe par groupe, individu par individu.

◖ L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE INTÉGRÉE

Le besoin préalable de tous les enfants et jeunes de la rue [CF. FICHE TECHNIQUE N°9 - DIAGNOSTIC PSYCHOSOCIAL] est de connaître le fonctionnement du corps, pré requis à l'éducation à la santé ; ce qui inclut le droit à l'intégrité physique [la propriété du corps] et donc la sexualité consentie.

- En début de toute activité d'éducation préventive VIH/SIDA, il importe d'expliquer le fonctionnement du corps [ANNEXE 1].
- Au cours de toute activité d'éducation préventive VIH/SIDA, il importe de pouvoir parler de sexualité [ANNEXE 2].

◖ LA DÉMARCHE PRO ACTIVE DE L'INTERVENTION

En l'absence de demande collective ou individuelle pour évoquer le VIH/SIDA, les intervenants médico-psychosociaux doivent saisir toutes les opportunités pour en parler, en particulier dans des situations à haut risque observées ou exprimées : jeune fille enceinte, utilisation de drogues injectables, pratique de scarification...

- **Ne pas dire *«nous allons parler du VIH»*, mais *«nous allons parler du corps»*.**

NB : en cas de victime de violences sexuelles ou de jeune fille enceinte et séropositive, il ne s'agit plus d'éducation préventive mais de prophylaxie et d'aide psychologique.

LA PRISE EN COMPTE DE L'ÂGE PUBERTAIRE DANS L'INTERVENTION

La tranche d'âge fréquemment rencontrée par les Samusociaux est de 12-25 ans ce qui correspond à une période de processus pubertaire commencé, en cours ou terminé.

- La période de l'adolescence est une période de vie difficile compte tenu des réaménagements physiologiques et psychologiques qu'elle induit ; or, évoquer le VIH/SIDA c'est aborder la sphère du rapport au corps, au sexe, à la mort, sujets particulièrement déstabilisants pour les adolescents.
- **Avec les enfants plus jeunes,** l'abord de la sexualité doit être prudent car il n'est pas étayé pour eux par un changement corporel générateur de questionnements. Cela impacte directement l'éducation préventive du VIH/SIDA. Ils doivent être davantage considérés comme de potentielles « victimes » des pratiques du sexuel des plus âgés. Il faut privilégier avec eux une intervention individuelle fondée sur la notion de propriété du corps renforçant leur capacité à refuser ces pratiques et/ou à en parler aux intervenants du Samusocial.

ORGANISER LES SÉANCES **D'ÉDUCATION PRÉVENTIVE**

ÉLABORER UNE FICHE PÉDAGOGIQUE

Pour garantir l'appropriation du message d'information par l'équipe Samusocial, et sa diffusion cohérente auprès des bénéficiaires, il est recommandé d'élaborer en équipe une fiche Information sur le VIH/SIDA [ANNEXE 3].

- La fiche doit être **simple et claire**, basée sur les FICHES TECHNIQUES N°1, 2 ET 3 du présent guide.
- Le vocabulaire doit être adapté c'est-à-dire **compréhensible à tout âge.**
- Le message doit être global c'est-à-dire **tout public** [garçons/filles] car il est important pour les garçons, potentiels futurs parents, de connaître également les modes de transmission et de prévention du VIH/SIDA lors de la maternité.

INTERVENTION COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE

Intervention collective en rue ou en centre :

- L'intervention peut se fonder sur une **demande émise** par un ou plusieurs enfants/jeunes du groupe ou sur une **situation collective à risque** observée par l'équipe.
- La technique pédagogique de la **causerie de groupe** doit être privilégiée.
- Les participants doivent être **volontaires** [certains enfants/jeunes ont le droit de refuser d'y participer].
- L'intervention collective est recommandée avec un **petit groupe homogène** en termes de sexe et d'âge [maximum 10 participants] pour garantir le temps de parole de chacun [en rue, revenir sur le site les jours suivants pour une intervention avec un/des autre(s) groupe(s) ; en centre, faire 2 séances successives ou planifier de nouvelles séances le(s) jour(s) suivants].

- Comme lors de toute causerie de groupe, l'intervenant doit observer les comportements individuels afin de repérer, le cas échéant, des enfants/jeunes avec lesquels une démarche individuelle devrait être initiée.

Intervention individuelle en rue ou en centre :

- L'intervention peut être fondée sur une **demande directe** ou sur une **information à risque exprimée** lors d'un entretien [comme injection de drogue avec seringue multi-usage, rapport(s) sexuel(s) non protégé(s)] ou relation de confiance suffisamment avérée [parler librement avec l'enfant/jeune].
- La technique pédagogique de **l'entretien individuel** [et non discussion informelle] doit être privilégiée.
- L'intervention individuelle comme tout entretien fait l'objet d'un compte-rendu classé dans le dossier de l'enfant.
- Un entretien individuel d'éducation préventive peut, le cas échéant, évoluer vers un counseling pré-test.

INTERVENTION EN RUE ET EN CENTRE

Intervention collective ou individuelle en rue :

- Pour éviter la stigmatisation, l'intervention collective est privilégiée à une heure de moindre passage sur le site, si possible dans un endroit relativement isolé, et l'intervention individuelle s'effectue à l'écart du groupe ou dans le véhicule comme pour tout entretien ; si l'éclairage est suffisant pour utiliser des supports pédagogiques, il est recommandé d'utiliser les supports les moins visibles [de type fiche conseil illustrée].
- Le positionnement de l'intervenant et du(es) participant(s) doit être identique [assis ou debout].

Intervention collective ou individuelle en centre :

- L'utilisation de supports variés [fiches conseils, films/dessins animés éducatifs] peut compléter l'activité et l'évaluation de l'activité peut s'appuyer sur différentes techniques pédagogiques [jeux de rôles, sketches, dessins].
- Le positionnement de l'intervenant et du(es) participant(s) doit être identique [assis ou debout].
- L'entretien individuel doit se tenir dans une salle permettant la confidentialité des propos.

L'animation se déroule chronologiquement de la manière suivante, après la transmission du message sur le fonctionnement du corps [CF. ANNEXE 3].

ANIMER UNE SÉANCE D'ÉDUCATION PRÉVENTIVE COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE

IDENTIFICATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES (CAP)

Identifier les CAP sur le VIH/sida d'un enfant ou d'un groupe d'enfants avant la transmission de l'information et la discussion.

Technique du brainstorming.
Questions ouvertes, noter les réponses les plus «dangereuses» en termes d'impact sur la prévention, pour insister sur ces aspects dans la transmission ultérieure de l'information.

Connaissances : les informations dont il(s) dispose(nt).
«Qu'est ce que le VIH ? Comment se transmet-il ? Comment je peux me protéger ? Comment savoir si on a ou non le VIH ? Est-ce qu'un traitement existe ?»

Attitudes : les croyances personnelles vis-à-vis de ces informations.
Série de questions basées sur le paragraphe *«le VIH ne se transmet pas par»*

[CF. FICHE TECHNIQUE N°2]. Exemple : *«le VIH/Sida se transmet-il par l'eau ?»*. Questions sur les croyances telles que : *«une personne qui a le VIH/SIDA, ça se voit ?», «le VIH/SIDA ne concerne que les prostituées, les homosexuels, les drogués», «le préservatif rend impuissant».*

Pratiques : les comportements et savoir faire personnels.
Série, non exhaustive, de questions à adapter à l'âge et au sexe des enfants et jeunes de la rue : *«Avez-vous/as-tu déjà utilisé un préservatif ? Savez-vous/sais tu où en trouver ? Savez-vous/sais-tu où trouver des seringues stériles ? Avez-vous/as-tu déjà fait une consultation pré natale ? Avez-vous/as-tu déjà refusé un rapport sexuel sans préservatif ? Avez-vous/as-tu déjà fait un test de dépistage ?»*

INFORMATION ET DISCUSSION

Information sur les risques du VIH/sida par la transmission d'un message approprié permettant la déconstruction des informations erronées et des fausses croyances, et de renforcer les pratiques.

- Lors de l'intervention collective ou individuelle, la transmission du message type, basé sur le support de la fiche pédagogique, doit tenir compte du brainstorming préalablement réalisé: insister sur les connaissances et croyances les plus dangereuses pour la prévention effective du VIH/SIDA et renforcer les pratiques [où trouver des seringues, des préservatifs ? où et comment se réalise un test de dépistage ?].

Discussion : éventuelles questions du(es) participant(s) et réponses de l'intervenant.

DÉMONSTRATION D'UTILISATION ET DISTRIBUTION DU PRÉSERVATIF

La démonstration d'utilisation du préservatif, masculin et/ou féminin, est importante pour renforcer les comportements et savoirs faire personnels. Elle doit ▶▷

toutefois être discrète lors des interventions en rue, afin d'éviter la stigmatisation. Des kits pédagogiques existent pour les deux types de préservatif.
La distribution doit toujours être demandée ou proposée, jamais systématiquement effectuée. Elle doit être discrète lors des interventions en rue, toujours afin d'éviter la stigmatisation.
Lorsque les normes réglementaires ou culturelles interdisent la distribution de préservatifs de manière ostentatoire [ce qui concerne la distribution en rue], il convient de travailler avec les structures spécialisées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les centres d'accueil de jour pour enfants et jeunes de la rue, afin de trouver ensemble des solutions alternatives.
Lorsque les normes réglementaires ou culturelles interdisent la distribution de préservatifs à des mineurs, il convient de porter un plaidoyer de santé publique autour de la problématique d'adolescents vivant hors cadre familial et éducatif et de ce fait davantage en risque d'une sexualité précoce, qui ne peut être, du fait des normes juridiques ou culturelles, protégée.

ÉVALUATION

Évaluer la bonne transmission de l'information :

- Intervention collective ou individuelle en rue : technique du quizz
- Intervention en centre : jeux de rôles, sketches, dessins, quizz pour intervention collective ; jeux de rôles, dessins, quizz, pour intervention individuelle.

PROPOSITION

Fin d'intervention collective : Dire que l'équipe est toujours disponible pour en discuter de manière collective et individuelle.

Fin d'intervention individuelle : Proposer d'en reparler lors de la prochaine rencontre ; si l'information d'une situation à risque est exprimée au cours de la séance, commencer un counseling pré-test.

Fiche technique N°12

L'ACCOMPAGNEMENT DANS **LA PROCÉDURE DE DÉPISTAGE VOLONTAIRE**

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

La procédure de dépistage [counseling pré-test / test / counseling post-test] doit s'effectuer **avec une structure de référence VIH/SIDA en collaboration étroite avec le Samusocial.**

Voir schéma page 43. « La procédure de dépistage volontaire en pratique »

- Il est recommandé d'établir un **partenariat formel** avec la structure identifiée afin de définir les modalités de la collaboration, en particulier la possibilité pour les intervenants Samusocial d'assister aux counseling pré et post test pour les enfants et jeunes de la rue qu'ils prennent en charge.

- Une **formation** des intervenants Samusocial aux techniques générales de counseling en matière de VIH/SIDA, dispensée par la structure de référence, est recommandée en vue d'une familiarisation préalable avec ses pratiques professionnelles. A cet égard, il peut être pertinent que des professionnels Samusocial réalisent une observation d'un counseling dans cette structure.

- Réciproquement, un **atelier de présentation** des activités du Samusocial **et d'information** sur la problématique des enfants et jeunes de la rue est recommandé en vue d'une meilleure compréhension par la structure de référence VIH/SIDA des contraintes spécifiques liées à leur situation [de l'éducation préventive au suivi médico-psychosocial]. A cet égard, il peut être pertinent que des professionnels de cette structure réalisent une maraude d'observation avec le Samusocial.

LA DEMANDE DE **DÉPISTAGE**

La demande de dépistage doit émaner de l'enfant/jeune. Elle peut être **explicite ou implicite** [interprétation de son attitude et de ses propos] et dans ce cas, une démarche incitative de l'intervenant peut générer une demande explicite.

Lorsque l'enfant/jeune présente des symptômes associés au VIH/SIDA :

- Si un décideur de substitution n'est pas légalement requis, **l'incitation au dépistage** doit être pratiquée en vue de l'obtention éventuelle du consentement du mineur, et dans le respect de son droit au refus.
- Si un décideur de substitution est légalement requis et si le Samusocial assure cette responsabilité juridique, le Samusocial est alors habilité à décider du test de dépistage [ou un centre partenaire Cf. Voir encadré sur le principe du secret partagé, page suivante] et intégrer le test au bilan d'analyses sanguines prescrit du fait de son état de santé. Cette décision qui peut être prise contre l'avis du mineur doit être travaillée et prise collectivement par l'équipe d'accompagnement.
- Si un décideur de substitution est légalement requis et **si un référent familial est connu,** le Samusocial doit expliquer à l'enfant/jeune l'importance d'informer ce référent dès ce stade de la procédure afin qu'il puisse être responsabilisé dans l'ensemble de la procédure. Si le mineur refuse catégoriquement l'information de sa famille, son refus doit être respecté et travaillé avec lui [comprendre et apaiser ses craintes]. En situation de stade SIDA avancé, ce principe n'est plus applicable sauf si l'équipe du Samusocial estime contraire à l'intérêt même du mineur d'informer la famille.
- Lorsqu'il s'agit d'un majeur ou lorsqu'un décideur de substitution n'est pas légalement requis, la décision d'informer la famille de la démarche de dépistage appartient à l'enfant/jeune concerné.

LA PROPOSITION SYSTÉMATIQUE **D'ACCOMPAGNEMENT**

◖ Même lorsque la représentation par un décideur de substitution n'est pas légalement requise, l'accompagnement doit être systématiquement proposé par l'intervenant Samusocial, **conformément aux modalités générales d'intervention et pratiques professionnelles Samusocial.** Il convient de particulièrement insister sur l'importance de ne pas effectuer seul cette démarche et sur la confidentialité de la procédure garantie par le Samusocial. ◗

LE PRINCIPE DU **SECRET PARTAGÉ**

◖ Le principe du secret partagé **s'applique à toute organisation Samusocial**: les informations sont partagées par l'équipe, afin de garantir la qualité de la prise en charge des bénéficiaires, et l'équipe est garante de la confidentialité des informations relatives aux bénéficiaires. Les enfants et jeunes de la rue en lien avec le Samusocial sont nécessairement informés de ce principe.

◖ Ce principe peut être **étendu à l'équipe des structures partenaires**, en particulier les centres d'hébergement vers lesquels le Samusocial oriente des enfants et jeunes de la rue. La confidentialité des informations relatives aux bénéficiaires est notamment garantie par l'adhésion de la structure partenaire au code déontologique professionnel Samusocial.

◖ **Deux cas de figure peuvent se présenter:**

- **Dans le cadre de ses permanences médico-psychosociales dans les centres partenaires,** une procédure de dépistage pour un enfant/jeune hébergé est engagée avec un intervenant du Samusocial [demande explicite ou impli- ▶▷

cite, consentement après incitation au dépistage, nécessité d'une décision de substitution liée à son état de santé] : l'enfant/jeune hébergé est sous la responsabilité du centre partenaire, les responsables de la structure doivent nécessairement être informés et assumer, le cas échéant, le rôle du décideur de substitution; l'enfant/jeune doit accepter cette règle partenariale entre le Samusocial et le centre d'hébergement. Le centre partenaire peut décider de déléguer au Samusocial l'accompagnement dans la procédure de dépistage ; ceci ne remet pas en cause le principe de son information et du secret partagé.

- **À l'annonce d'un résultat positif, l'enfant/jeune souhaite un hébergement dans un centre partenaire du Samusocial :** dès lors que la structure est responsable de toute personne hébergée, elle doit être informée de toute situation nécessitant un suivi médico-psychosocial spécifique, ce qui est le cas d'un enfant/jeune hébergé, séropositif au VIH/SIDA. L'enfant/jeune doit accepter cette règle partenariale entre le Samusocial et le centre d'hébergement, en tant que condition de son admission dans le centre.

LA PROCÉDURE DE DÉPISTAGE VOLONTAIRE **EN PRATIQUE**

◖ À la demande explicite, implicite ou incitée, de l'enfant/jeune, un 1er counseling pré-test est effectué, en rue, en centre Samusocial ou par délégation d'un centre partenaire, avec un intervenant Samusocial qui doit insister sur l'importance pour l'enfant/jeune d'être accompagné par lui dans toute la procédure du dépistage, que ce soit une obligation légale pour les mineurs ou non.

◖ Si à l'issue de ce 1er counseling pré-test, l'enfant/jeune exprime son consentement, l'intervenant l'accompagne vers le centre de dépistage qui réalisera un 2nd counseling pré-test. Si la réglementation nationale n'impose pas la présence du décideur de substitution lors du counseling pré test, ou lorsqu'il s'agit d'un majeur, la présence de l'intervenant du Samusocial lors de l'entretien est conditionnée :

- au consentement de l'enfant/jeune ;
- à l'accord de l'intervenant du centre de dépistage sauf si cet accord est présumé aux termes de la convention de partenariat avec le Samusocial.

◖ 2nd counseling pré-test effectué dans le centre de dépistage avec ou sans présence de l'intervenant Samusocial lors de l'entretien.

◖ Si l'enfant/jeune exprime à nouveau son consentement, réalisation du prélèvement sanguin dans le centre de dépistage.

◖ L'annonce du résultat de la sérologie et un 1er counseling post-test sont réalisés par le centre de dépistage. En l'absence d'obligation légale, il est préconisé de s'assurer à nouveau de la volonté de l'enfant/jeune de la présence de l'intervenant Samusocial lors de l'entretien, ainsi que de l'accord de l'intervenant du centre de dépistage sauf si cet accord est présumé aux termes de la convention de partenariat avec le Samusocial.

1 Annonce du résultat et counseling post-test en présence de l'intervenant Samusocial.

2 Annonce du résultat et counseling post-test sans la présence de l'intervenant Samusocial.

A L'enfant/jeune annonce le résultat du test à l'intervenant du Samusocial.

◖ 2nd counseling post-test ensuite effectué par l'intervenant Samusocial.

B L'enfant/jeune ne veut pas annoncer le résultat du test à l'intervenant du Samusocial.

◖ Entretien avec l'enfant/jeune pour mieux comprendre ses réticences et le réassurer sur la confidentialité et suivi régulier de cet enfant/jeune pour renforcer la relation de confiance et sa capacité à confier le résultat du test. Toutefois, son refus de dire signifie souvent son refus de soins ; il faut donc travailler sur sa confiance en lui qui l'amènera, peut-être, à vouloir prendre soin de lui. Dans le cas spécifique d'un sida déclaré, les intervenants Samusocial peuvent être plus directs avec lui quant à la probabilité qu'il soit séropositif mais cela seul ne lui donnera pas nécessairement envie de prendre soin de lui et des autres. ◗

ABORD D'UN COUNSELING PRÉ-TEST
AVEC UN ENFANT OU JEUNE DE LA RUE

◖ Un counseling pré-test, sauf situation d'urgence liée à l'état de santé de l'enfant/jeune, ne se fait jamais dans les premiers temps de la relation avec l'équipe du Samusocial. L'écoute est le premier outil de travail : l'écoute à propos de ce qu'il peut dire et se souvenir ou inventer de son histoire. A partir de là, il devient alors possible de discuter avec lui de son quotidien, et d'analyser ses possibles conduites à risque. En conséquence, le 1er counseling pré test effectué par l'intervenant Samusocial est à la fois une forme d'aboutissement d'une relation de confiance et le début de la procédure de dépistage. **Ainsi la demande de dépistage signifie souvent davantage la confiance accordée à la capacité d'accompagnement de l'intervenant Samusocial que la décision de vouloir connaître son statut sérologique.**

Réaliser un counseling pré test, c'est nécessairement aborder la question d'une possible séropositivité, et donc exposer l'enfant/jeune à l'angoisse et la peur, et susciter des manifestations de colère et d'agressivité en tant que modes de défense. **Davantage que le consentement de l'enfant/jeune, c'est la compréhension de cette infection et l'apaisement des peurs qu'il convient de rechercher dans le counseling pré-test.** ◗

ABORD D'UN COUNSELING POST-TEST
AVEC UN ENFANT OU JEUNE DE LA RUE

◖ **Les intervenants :** il est important d'intervenir en binôme médico-psychosocial qui permet une communication différenciée et complémentaire. ▶▷

Le lieu : le 1er entretien se réalise dans la structure de référence VIH/SIDA et, le cas échéant, le 2nd entretien se réalise dans le centre Samusocial ou le centre d'hébergement partenaire, et à défaut de centre, il importe de demander à la structure de référence, la possibilité d'utiliser leur salle.

La préparation de l'entretien : elle se construit entre le médecin (de la structure de référence) et l'intervenant psychosocial du Samusocial afin que tous deux partagent l'histoire de vie de l'enfant/jeune, sa situation de vie actuelle et les conditions dans lesquelles il a accepté le test.

Le premier temps de l'entretien n'est pas le temps de l'annonce : mettre en place une écoute empathique, c'est-à-dire d'abord permettre à l'enfant/jeune de s'exprimer sur sa vie actuelle, en lien ou non avec l'attente du résultat du test de dépistage.

L'ANNONCE D'UN RÉSULTAT NÉGATIF

Les intervenants peuvent ressentir un certain «soulagement» qui peut induire un détachement voire même une certaine désinvolture dans la façon d'être vis-à-vis de l'enfant/jeune. Le risque peut alors être que le ton de l'entretien soit léger et qu'au terme de l'entretien, il n'ait pas compris ce qui lui a été dit en tant que «bonne nouvelle» ; cette situation ne favorisera pas des comportements propices au maintien de la séronégativité.

L'annonce d'un résultat négatif peut renforcer son sentiment de toute puissance, stratégie de défense que celui-ci déploie en permanence pour survivre dans la rue, un sentiment qui ne favorisera pas des comportements propices au maintien de la séronégativité, voire qui renforcera les prises de risques. Si l'annonce d'un résultat négatif est une «bonne nouvelle», il importe de reprendre avec lui la notion de risque, sans jamais le condamner dans ses pratiques à risque

[sexuelles ou addictives notamment], mais en le soutenant dans une stratégie de réduction des risques.

La fin de l'entretien ne signifie pas fin de l'accompagnement ; il est important de réassurer l'enfant/jeune sur la poursuite de son accompagnement médico-psychosocial par le Samusocial, même s'il n'est pas «malade».

L'ANNONCE D'UN RÉSULTAT POSITIF

Les intervenants peuvent ressentir une forme de «colère», en particulier lorsqu'il s'agit d'un enfant/jeune avec lequel existe une relation d'aide, ancienne et de qualité ; le fait d'avoir conseillé maintes fois l'enfant/jeune sur la prévention de ses conduites à risque peut, en effet, attiser un sentiment d'échec pour les intervenants. Les groupes de parole ou d'analyse des pratiques, organisés dans les Samusociaux, constituent alors un cadre propice pour soutenir les intervenants dans l'attente des résultats des tests de dépistage et les préparer à une annonce éventuellement positive.

L'annonce de l'infection par le VIH/SIDA bouleverse le mode de pensée et vient altérer le rapport au monde, aux croyances, aux valeurs, aux projets. C'est toute l'espérance de vie qui est mise à mal mais aussi un rapport aux autres déjà très abîmé dans les histoires de vie des enfants et jeunes de la rue. Leurs réactions peuvent être semblables à celles des personnes auxquelles est annoncée la perte d'un proche.

L'enfant/jeune peut passer par une phase de sidération ou d'agitation motrice, signe que l'information est impossible à assimiler ou bien ce dernier peut faire passer le message qu'il a compris mais des indices dans la communication verbale et non verbale suggèrent qu'il donne le change «pour avoir la paix». Il importe alors de **faire des pauses dans l'entretien** pour lui permettre de

▶▷ «récupérer»: des moments de silence soutenus par l'empathie des intervenants, sortir de la salle d'entretien quelques minutes avec lui, puis reprendre l'entretien.

Lorsqu'il s'agit d'une jeune mère séropositive à laquelle est annoncée la séropositivité de son enfant, il est essentiel qu'elle puisse verbaliser ses sentiments de culpabilité, de responsabilité, afin d'éviter que sa colère se retourne contre elle mais aussi contre son enfant. L'aider à dire à son enfant ses sentiments, même si celui-ci n'est pas en capacité de compréhension des mots dits, peut permettre de désamorcer sa colère.

Proposer un traitement ARV n'est pas une réparation en soi et cela ne doit donc pas être l'unique réponse des intervenants aux angoisses de l'enfant/jeune. Il faut au contraire qu'il puisse exprimer ses sentiments, verbalement, émotionnellement, et surtout les partager. En ce sens, les gestes, regards et attitudes, des intervenants sont tout aussi importants que les mots qu'ils disent. Ensuite, les possibilités de traitement, mais aussi les possibilités toujours existantes de devenir un jour parent, permettent de reconstruire un sentiment d'espoir, de se re-projeter dans une vie, différente, mais bien réelle.

Mettre en place un accompagnement rapproché est capital dans les premiers temps suivant l'annonce de la séropositivité. Celui-ci est favorisé par l'hébergement de l'enfant/jeune dans un centre, mais il peut aussi se mettre en place dans le cadre des tournées de rue. ◗

L'ANNONCE D'UN RÉSULTAT POSITIF **À LA FAMILLE**

RECOMMANDATIONS

- **Si un processus de renouement familial est déjà en cours au moment de la procédure de dépistage,** évaluer la réceptivité à l'annonce d'un résultat positif de sérologie ou décider de différer cette annonce lorsque le processus est encore fragile.
- **Si la famille n'est pas encore connue par le Samusocial,** initier la recherche familiale, prévoir un temps préalable de médiation familiale et évaluer le «bon moment».
- **S'il s'agit d'un mineur qui refuse catégoriquement l'information de sa famille,** son refus doit être respecté et travaillé avec lui [comprendre et apaiser ses craintes]. En situation de stade SIDA avancé, il appartient à l'équipe du Samusocial d'évaluer collectivement ce qui est dans son intérêt, compte-tenu de sa problématique familiale, et le cas échéant, décider d'informer sa famille de la gravité de son état de santé. Il peut s'agir, dans ce sens, d'une démarche en lien avec l'assistance à personne en danger.

Fiche technique N°13

L'ACCOMPAGNEMENT
DANS LA MISE SOUS TRAITEMENT ARV

LA DÉCISION DE LA MISE SOUS TRAITEMENT ARV

La mise sous traitement ARV incombe à une structure de référence [association spécialisée VIH/SIDA, centre de santé, hôpital], structure de droit commun habilitée pour la prescription des ARV que ce soit dans le cadre du traitement à vie ou des traitements prophylactiques.

Lorsque la mise sous traitement ARV est cliniquement possible, le diagnostic psychosocial peut toutefois fonder une décision de report de cette mise sous traitement, si la personne ne paraît pas en capacité d'observer un traitement médicamenteux ; exemple d'un jeune nouvellement rencontré par l'équipe, qui connaît sa séropositivité mais qui est pour l'instant très instable et désaffilié [pas de lien de confiance suffisant avec l'équipe] : dans cette situation, nécessité d'un travail préalable du lien.

- **Il est important de communiquer avec le médecin de la structure de référence pour prendre les décisions les plus adaptées à la situation individuelle.**

Concernant la représentation légale des mineurs, les normes nationales peuvent exiger une autorisation parentale ou la possession du statut de décideur de substitution pour le Samusocial. Toutefois, même en l'absence de cette exigence :

- **Il est important d'associer si possible un référent familial ou, à défaut, le juge pour enfants, dans la prise de décision d'une mise sous traitement ARV à vie.**

LES MODALITÉS DE **LA DISTRIBUTION DU TRAITEMENT**

PPE ET TRAITEMENT PTME

Il est fortement recommandé de pourvoir à l'hébergement de l'enfant/jeune concerné afin de garantir la bonne observance du traitement et la prévention ou réduction d'éventuels effets secondaires, préjudiciables, notamment, à la bonne observance du traitement. L'hébergement est également préconisé pour assurer un soutien psychologique permanent pendant cette période généralement anxiogène. Dans le cas du traitement PTME, l'hébergement de la jeune fille permet en outre de l'accompagner dans la nutrition de son bébé, le mode de nutrition étant un facteur de risque de transmission du VIH/SIDA.

TRAITEMENT À VIE

Dans l'idéal, l'enfant /jeune de la rue est réintégré par et dans sa famille ou placé dans un foyer d'accueil de longue durée, lui donnant accès à terme à une insertion socio-professionnelle lui permettant une vie autonome.

L'impossibilité, au moins immédiate, de ces solutions, ne doit pas pour autant priver l'enfant/jeune du traitement ARV. Selon les capacités d'autonomie de chaque enfant/jeune, des moyens peuvent être mis en place :

- **La DOT** (directly observed therapy / thérapie sous observation directe) par la distribution quotidienne sur son lieu de vie dans la rue via le centre mobile d'aide du Samusocial, ou sa venue quotidienne au centre d'accueil de jour Samusocial ou autre centre partenaire, ou encore dans la structure spécialisée VIH/SIDA partenaire du Samusocial.
- **La distribution périodique du traitement,** selon une fréquence à déterminer avec lui, sur son lieu de vie dans la rue via le centre mobile d'aide du Samusocial, ou sa venue au centre d'accueil de jour Samusocial ou autre centre partenaire, ou encore dans la structure spécialisée VIH/SIDA partenaire du Samusocial.

Fiche technique N°14

LE SUIVI **MÉDICAL, ÉDUCATIF ET PSYCHOSOCIAL,** DES ENFANTS ET JEUNES SÉROPOSITIFS AU VIH/SIDA

LA PRÉSENTE FICHE TECHNIQUE CONCERNE LES SITUATIONS SUIVANTES :

Enfant/jeune vivant en rue (ce qui inclut les abris précaires des jeunes filles) et en lien avec le Samusocial.

Enfant/jeune hébergé au centre Samusocial.

Enfant/jeune hébergé dans un centre partenaire du Samusocial et lorsque ce centre partenaire a délégué au Samusocial le suivi lié à la séropositivité de l'enfant/jeune.

LA STRUCTURE RESPONSABLE **DU SUIVI**

SUIVI MÉDICAL :

- des analyses biologiques et du traitement ARV : par la structure de référence, spécialisée et habilitée en tant que prescripteur d'ARV, avec accompagnement par le Samusocial sauf si le jeune vit en rue et est, ou est devenu, suffisamment autonome ;
- des infections opportunistes : en collaboration entre le Samusocial, au titre de son activité médicale générale, et la structure de référence, au titre de sa spécialisation dans le diagnostic et le traitement des pathologies associées au VIH/SIDA, et au titre de son suivi du traitement ARV, si l'enfant/jeune en bénéficie.

SUIVI ÉDUCATIF :

- en collaboration entre le Samusocial et la structure de référence, à condition que celle-ci mette en œuvre un programme d'éducation thérapeutique.
- par la structure de référence si le jeune vit en rue et est, ou est devenu, suffisamment autonome pour assurer son suivi sans accompagnement du Samusocial, et à condition que cette structure mette en œuvre un programme d'éducation thérapeutique.

SUIVI PSYCHOSOCIAL :

- en collaboration entre le Samusocial, au titre de son activité psychosociale générale, et la structure de référence, au titre de son suivi éducatif.

LE SUIVI **MÉDICAL**

Cf. « **UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE** »

Le suivi médical des enfants et jeunes infectés par le VIH/SIDA est à la fois commun et spécifique :

- **commun,** c'est-à-dire dans le cadre des consultations médicales organisées par le Samusocial, lors des tournées de rue et dans les centres d'accueil et d'hébergement ;
- **spécifique,** c'est-à-dire en lien constant avec la structure de référence, spécialisée dans le suivi médical des PVVIH.

UN PROGRAMME D'**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE**

OBJECTIF

Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif d'aider le patient à comprendre la maladie et à s'approprier le traitement :

- pour pouvoir s'adapter au mieux à vivre avec une maladie chronique et garantir **l'observance du traitement** [suivre son traitement avec une assiduité et une régularité optimales] ;
- pour être en mesure de développer des **capacités d'auto soins** [prévention des complications de la maladie et des effets secondaires du traitement qui sont évitables].

PRINCIPES

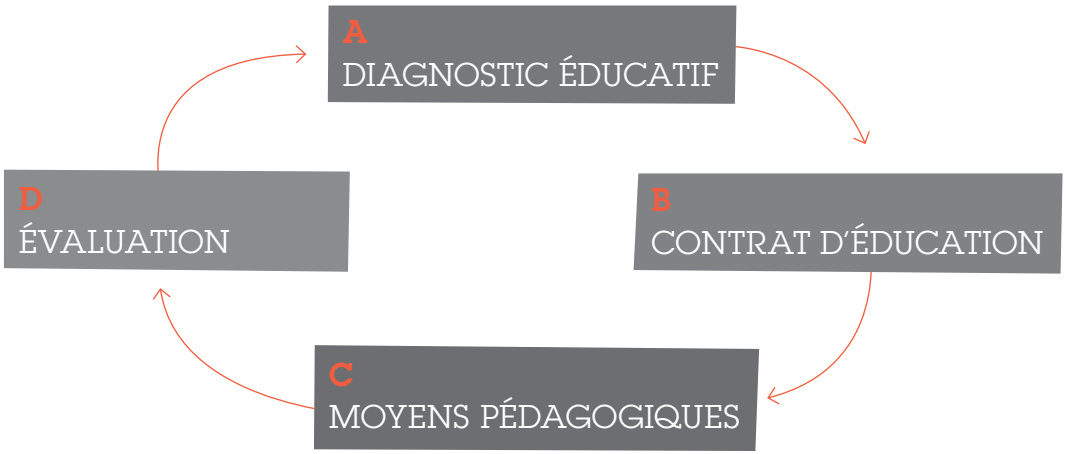
- **Programme volontaire :** le patient doit accepter de bénéficier du programme car il en est un acteur essentiel.
- **Programme personnalisé et réaliste :** centré sur les réalités quotidiennes du

▶▷

patient, son âge, son mode de vie, son état psychologique, ses relations sociales, adapté à son niveau éducatif, à son milieu culturel ; ceci implique l'acceptation préalable par l'équipe que le patient ne puisse pas changer immédiatement et complètement son comportement.

- **Programme pédagogique :** processus d'apprentissage fondé sur les expériences personnelles du patient, tant de la maladie que du traitement.
- **Programme pluridisciplinaire :** élaboré et coordonné par une équipe médico-psychosociale.
- **Programme évolutif :** adaptation continue du programme en fonction de l'évolution de la maladie et des réactions du patient aux choix protocolaires précédents.

ETAPES POUR L'ÉLABORATION D'UN **PROGRAMME D'ETP** (ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT)



A LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Le diagnostic éducatif se fonde sur les informations relatives à l'enfant ou jeune de la rue et concernant :

- **ses capacités cognitives :** âge, niveau d'éducation ;
- **sa santé :** stade clinique du VIH/SIDA et traitement actuel, autres problèmes de santé reliés ou non au VIH/SIDA ;
- **son mode de vie :** lieu de vie, alimentation, hygiène, activités rémunératrices, liens sociaux et familiaux...
- **ses connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH/SIDA :** ce qu'il sait, croit et fait, en termes de prévention [protection des autres et de soi même, prise du traitement, effets secondaires du traitement, infections opportunistes] ;
- **son état psychologique :** ses réactions face à la maladie [déni, révolte, acceptation...], son usage de drogues, ses demandes à court terme, comment envisage-t-il l'avenir ?

Le diagnostic éducatif est réalisé à partir du dossier médical [en lien avec la structure de référence], du dossier psychosocial et d'un entretien de l'équipe médico-psychosociale avec l'enfant ou jeune de la rue. Il doit être refait autant de fois que nécessaire en fonction de l'évaluation dans la mise en œuvre du programme ETP.

B LE CONTRAT D'ÉDUCATION

L'équipe médico-psychosociale définit un pré programme de séances d'éducation, basé sur une série d'objectifs réalistes, identifiés en fonction du diagnostic éducatif. Il doit être séquencé avec une période courte d'intervalle entre deux séances d'éducation thérapeutique, compte tenu de la situation psychosociale spécifique aux enfants et jeunes de la rue.

Ce pré programme est discuté avec l'enfant ou jeune de la rue pour obtenir son acceptation et favoriser son appropriation. En cas de refus, c'est la relation d'aide dans sa globalité qui doit alors être retravaillée. Il en est de même en cas d'abandon du programme. En cas d'acceptation, le programme d'éducation thérapeutique constitue la 1ère phase du suivi.

En fonction de l'évaluation des séances d'éducation, une phase de suivi régulier ou un renforcement du programme d'éducation thérapeutique [suivi approfondi] seront mis en place.

C LES MOYENS PÉDAGOGIQUES

Les séances d'éducation thérapeutique peuvent se dérouler dans la rue ou dans un centre, comme tout entretien individuel. L'essentiel est que la confidentialité soit respectée. Aussi, les supports éducatifs visibles sont davantage utilisables dans un centre [séance réalisée dans une salle, à l'abri des regards] que dans la rue.

Avec les enfants et jeunes de la rue, il est recommandé d'organiser des séances individuelles d'éducation thérapeutique, et non collectives, pour une meilleure adaptation à l'état psychologique de chacun. Les séances individuelles sont animées par l'équipe médico- psychosociale.

Le contenu de chaque séance doit être préparé par l'équipe médico-psychosociale : son contenu et ses techniques [fiches conseil, étude de cas, support video, matériel de démonstration de l'utilisation des préservatifs, seringue et objets tranchant, objets de la vie courante].

Chaque séance d'éducation thérapeutique doit être évaluée.

D L'ÉVALUATION

Les critères de l'évaluation des acquis de la séance doivent être préalablement définis. Les techniques d'évaluation peuvent notamment être : questions/réponses [le quizz], le jeu de rôles [inversion des fonctions entre l'intervenant et l'enfant/jeune de la rue], le dessin. Il s'agit de :

- évaluer les compétences acquises et celles qui restent à acquérir ;
- valoriser les améliorations acquises ;
- pouvoir réorienter ou actualiser le programme si nécessaire.

LE SUIVI **PSYCHOSOCIAL**

Le suivi psychosocial des enfants et jeunes infectés par le VIH/SIDA est à la fois commun et spécifique :

- **commun** c'est-à-dire dans le cadre des entretiens individuels avec les travailleurs sociaux et les psychologues du Samusocial, lors des tournées de rue et dans les centres d'accueil et d'hébergement ;
- **spécifique** c'est-à-dire en lien avec la structure de référence, spécialisée dans le soutien aux PVVIH, et des associations de PVVIH, ces structures proposant généralement des groupes de parole mais également, et notamment, des activités génératrices de revenus pour les personnes socio-économiquement vulnérables. Ces structures peuvent être adaptées aux jeunes les plus autonomes vis-à-vis du Samusocial.

Il est important de ne pas surinvestir une relation d'aide en raison de la séropositivité de l'enfant/jeune. Il s'agit de lui apprendre à vivre avec, sa vie ne se résumant pas à sa pathologie. C'est également cette approche qu'il convient d'adopter dans le cadre de la médiation familiale, lorsqu'elle est possible.

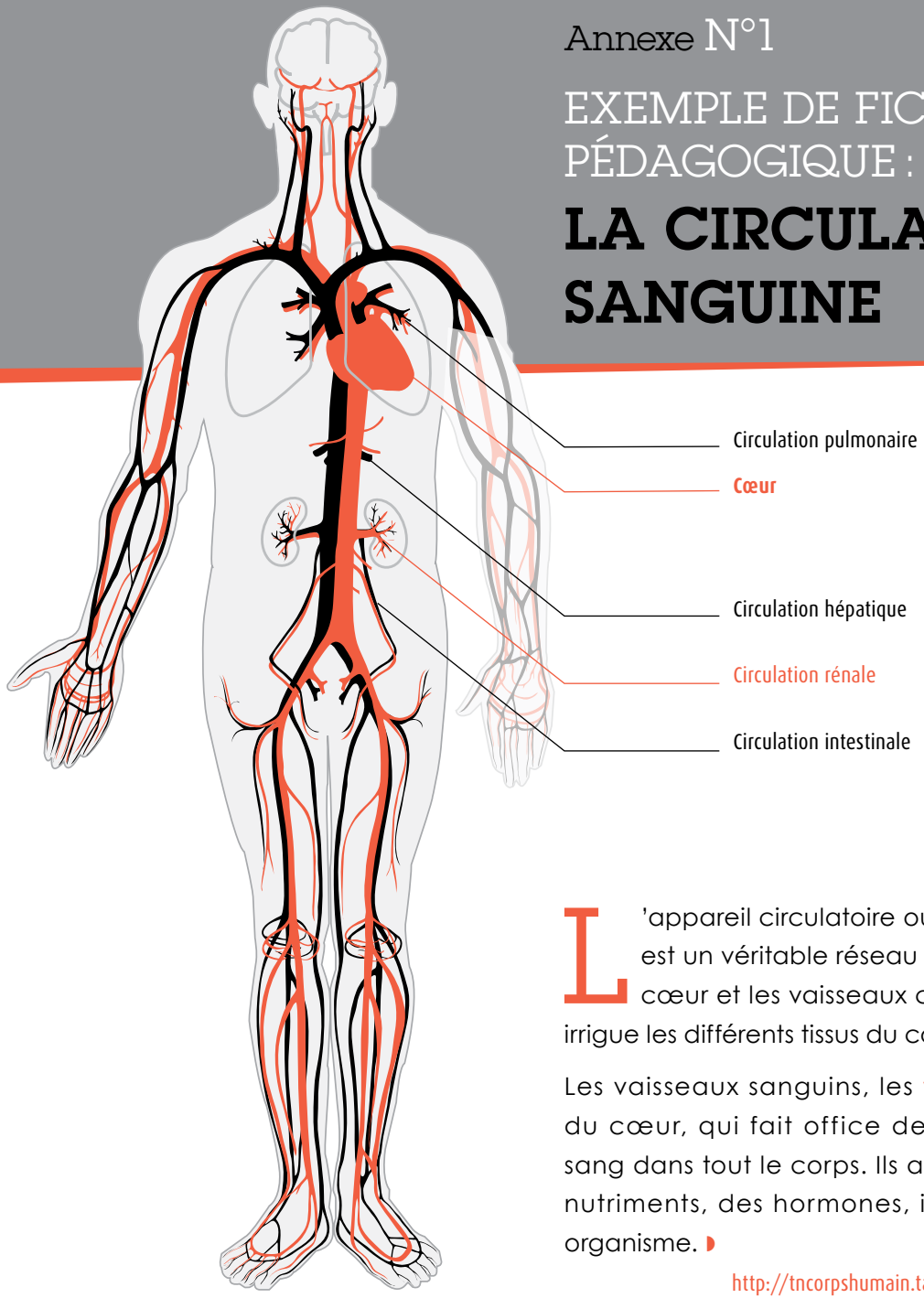
EN CAS DE RÉINTÉGRATION DE L'ENFANT/JEUNE DANS SA FAMILLE

Il importe de pouvoir mettre en relation la famille avec une structure spécialisée qui prendra le relais du Samusocial dans le suivi médico-psychosocial et éducatif de l'enfant/jeune, et qui pourra également aider son entourage familial, si possible dans le cadre de visites à domicile qui permettent d'apporter un réel soutien collectif et concrètement adapté à chaque milieu de vie.

Annexes

Annexe N°1

EXEMPLE DE FICHE PÉDAGOGIQUE : LA CIRCULATION SANGUINE



L'appareil circulatoire ou système cardio-vasculaire, est un véritable réseau très étendu et très précis. Le cœur et les vaisseaux constituent cet appareil, qui irrigue les différents tissus du corps humain.

Les vaisseaux sanguins, les **veines**, les **artères** partent du cœur, qui fait office de pompe, et emmènent le sang dans tout le corps. Ils apportent de l'oxygène, des nutriments, des hormones, indispensable à tout notre organisme.

http://tncorpshumain.tableau-noir.net/appareil_circulatoire.html

Annexe N°2

PARLER DE LA SEXUALITE
AVEC LES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE

La majeure partie des enfants et jeunes de la rue sont sexuellement actifs et leur premier rapport sexuel a été précoce. Ils utilisent les rapports sexuels comme un moyen de survie (protection et faveurs de la part des aînés, activité économique...) et le risque majeur est une banalisation, une acceptation de ces pratiques à la fois de la part des jeunes mais aussi de la part des adultes.

L'ampleur de la précocité sexuelle des enfants et jeunes de la rue inquiète vis-à-vis des conséquences que cela induit en terme de contamination d'infections chroniques, de grossesses non désirées, d'avortements provoqués. Mais cette précocité questionne autant vis-à-vis des ravages psychologiques qu'elle provoque car ils ne sont pas en mesure, compte tenu de leur immaturité psychoaffective, de comprendre ce qui se passe dans leur rapport à leur corps (plaisir, excitation, douleur) et de ce que cela a comme effet dans la sphère psycho- affective (désir, sensualité, souffrance, effroi et angoisse).

Une distinction doit être faite entre le «sexuel» et la «sexualité». En effet, chez beaucoup d'enfants et jeunes de la rue ayant déjà eu des relations sexuelles, il n'y a aucune représentation de la sexualité. La sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, l'ensemble des modalités de la satisfaction sexuelle. Elle existe dès la naissance, accompagne l'enfant au cours de sa maturation, et préside aux transformations de l'adolescence.

Beaucoup d'enfants et jeunes de la rue explorent le monde à travers la recherche de sensations fortes. Entre excitation, actes de violence, prise de risques et mise en danger, par la prise de drogues et une activité sexuelle non protégée. Cela peut s'expliquer par leur impossibilité à se projeter dans l'avenir ; ils vivent au jour le jour et ne peuvent anticiper comment construire demain. Les comportements de négligence et les prises de risque les distinguent du monde des adultes et conjointement les rendent plus fort et «intouchables», dans le sens d'une anesthésie affective et d'une carapace qui les rendent invincibles vis-à-vis des adultes qui pourraient les persécuter. Ainsi le corps est employé comme un mode de défense très archaïque ; objet d'excitation, de convoitise ou de répulsion. Il convient également de comprendre que promouvoir l'abstinence conduit généralement à renforcer leur attitude de défiance en leur demandant de faire fi de leur seule possibilité d' «indépendance».

Parler de la sexualité consiste à informer et à transmettre un certain nombre de valeurs humaines (ayant trait à l'estime de soi) et de recommandations. Transmettre des informations dans la sphère de l'éducation sexuelle peut également avoir pour objet l'expression et la discussion autour des sentiments amoureux, des pratiques sexuelles et du respect mutuel. Transmettre des valeurs, c'est aussi avertir des risques liés à certaines pratiques sexuelles et informer de pratiques sûres.

Il ne s'agit pas tant d'œuvrer dans le sens d'une éducation sexuelle que d'aider les enfants et jeunes de la rue à réduire leurs comportements à risque, à refuser les avances sexuelles non désirées, en accentuant les échanges sur la nécessité de «gagner en qualité de vie»... Ce qui peut aider à se projeter dans un avenir plus lointain que le lendemain.

Annexe N°3

RÉALISER UNE FICHE PÉDAGOGIQUE :
LES MODES DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA

Il est recommandé que chaque Samusocial élabore sa propre fiche pédagogique afin d'être adaptée aux risques spécifiques auxquels les enfants et jeunes de la rue sont exposés dans leur contexte de vie. Cette élaboration contextuelle permet également une meilleure appropriation des messages par l'équipe Samusocial.

Ce travail se fait en collaboration avec une structure spécialisée dans l'éducation à la santé ou seulement avec un infographe.

EXTRAIT DE LA FICHE CONSEIL ILLUSTREE DEVELOPPÉE PAR LE SAMUSOCIAL MALI

En collaboration avec le Centre National d'Information et d'Éducation pour la Communication en Santé - CNIECS - 2010].

Documentation indicative

CROIX-ROUGE FRANÇAISE, LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA :
le soin et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH,
Ed. REPERES action internationale, Novembre 2009.

CROIX-ROUGE FRANÇAISE, ASSOCIATION POUR LA FORMATION PERMANENTE DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ :
Guide de l'infirmier en situation isolée face au VIH-SIDA en Afrique Subsaharienne : connaissances et gestes pratiques,
2009.

HAS, GUIDE MÉTHODOLOGIQUE :
structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques,
juin 2007.

MÉDECINS DU MONDE, UNICEF,
Guide pratique de sensibilisation de l'enfant vivant dans la rue,
octobre 2009.

MIEUX VIVRE AVEC LE SIDA, SOUTIEN AUX ONG À L'EST ET AU SUD (SONGES),
Guide méthodologique pour la formation à l'écoute des éducateurs et des pairs éducateurs en matière de VIH/sida/IST auprès des enfants de la rue,
Juillet 2004.

OMS, ONUSIDA,
Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé,
2007.

SIDACTION & INITIATIVE DÉVELOPPEMENT [PROGRAMME GRANDIR],
Guide sur l'annonce du VIH : Bien informer les enfants et les adolescents,
2010.

UNESCO, P.A.U.EDUCATION,
Rapport final : prévenir le VIH/sida auprès des enfants de la rue, séminaire sous-régional pour la formation des intervenants,
juin 2005.

UNESCO,
Enfants de la rue, drogues, VIH/SIDA : les réponses de l'éducation préventive,
2002.

FHI,
Guide de formation sur counseling et dépistage du VIH pour les jeunes : manuel à l'intention des prestataires de services,
2010.

Acronymes

ARV : anti rétroviral

CAP : connaissances, attitudes et pratiques

DOT : directly observed therapy / thérapie sous observation directe

ETP : éducation thérapeutique du patient

OMS : organisation mondiale de la santé

PPE : prophylaxie post exposition

PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant

PVVIH : personne vivant avec le VIH

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

TDR : test de dépistage rapide

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

LES ENFANTS ET JEUNES DE LA RUE ET LE VIH/SIDA

RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES DE **PRÉVENTION** ET DE **PRISE EN CHARGE**.

Par ce guide méthodologique, le **Samusocial International** propose des principes et modalités d'actions fondés sur l'approche Samusocial des enfants et jeunes de la rue. S'appuyant sur la capitalisation des expériences professionnelles des Samusociaux, en particulier en Afrique de l'Ouest, il formule des recommandations générales en termes de pratiques professionnelles adaptées à la situation des enfants et jeunes de la rue. Outil de formation pour les intervenants médico-psychosociaux et éducatifs, le guide méthodologique « Les enfants et jeunes de la rue et le VIH/SIDA » a également vocation à mettre en exergue des clés de compréhension sur la situation spécifique des enfants et jeunes de la rue, et s'adresse, de ce fait, à tous les acteurs décisionnels et opérationnels concernés.

FONDATION SANOFI ESPOIR

samusocialInternational